

# Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv

Kartläggning av socioekonomiska skillnader  
i vårdutnyttjande och utgångspunkter för  
bättre styrning

*Delbetänkande av utredningen Styrning  
för en mer jämlik vård*

*Stockholm 2018*



---

STATENS OFFENTLIGA  
UTREDNINGAR

---

**SOU 2018:55**

SOU och Ds kan köpas från Norstedts Juridiks kundservice.  
Beställningsadress: Norstedts Juridik, Kundservice, 106 47 Stockholm  
Ordertelefon: 08-598 191 90  
E-post: kundservice@nj.se  
Webbadress: [www.nj.se/offentligapublikationer](http://www.nj.se/offentligapublikationer)

För remissutsändningar av SOU och Ds svarar Norstedts Juridik AB  
på uppdrag av Regeringskansliets förvaltningsavdelning.

*Svara på remiss – hur och varför*

*Statsrådsberedningen, SB PM 2003:2 (reviderad 2009-05-02).*

En kort handledning för dem som ska svara på remiss.

Häftet är gratis och kan laddas ner som pdf från eller beställas på [regeringen.se/remisser](http://regeringen.se/remisser)

Layout: Kommittéservice, Regeringskansliet

Omslag: Elanders Sverige AB

Tryck: Elanders Sverige AB, Stockholm 2018

ISBN 978-91-38-24833-1

ISSN 0375-250X

# Till statsrådet Annika Strandhäll

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att uppdra till en särskild utredare att utreda hur styrningen av hälso- och sjukvården bättre kan främja en jämlik och behovsbaserad vård (dir. 2017:128). Analysen ska omfatta styrsystemen inom hälso- och sjukvården som helhet, landstingens ersättningssystem, vårdvalssystemen, användandet av inhyrd personal, tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården samt socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Docenten Göran Stiernstedt förordnades samma dag som särskild utredare.

Regeringen beslutade den 1 mars 2018 om tilläggsdirektiv till utredningen (dir. 2018:14) med uppdraget att analysera ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer. Regeringen beslutade den 17 maj 2018 om tilläggsdirektiv till utredningen där tiden för utredningens slutredovisning förlängdes till senast den 30 juni 2019 (dir. 2018:40).

Den 28 mars 2018 förordnades följande personer som experter att bistå utredningen: verkställande direktören och ordföranden Eva Domanders, Kompetensföretagen, vice ordföranden Rose-Marie Fredriksson, Bröstcancerförbundet, projektdirektören Nils Janlöv, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, vice förbundsordföranden Ragnhild Karlsson, Vårdförbundet, näringspolitiska experten Karin Liljeblad, Vårdföretagarna, utredaren Unni Mannerheim, Inspektionen för vård och omsorg, handläggaren Olle Olsson, Sveriges Kommuner och Landsting, landstingsdirektören Anders Sylvan,

Västerbottens läns landsting, ordföranden Sven Söderberg, Privatläkarföreningen, enhetschefen Lars Söderdahl, Socialstyrelsen samt sjukhuschefen Jan-Åke Zetterström, Ersta sjukhus. Samma dag förordnades som sakkunniga i utredningen departementssekreterarna Fredrik Friberg, Finansdepartementet, Lisa Ståhlberg, Finansdepartementet och Anne Wisten, Socialdepartementet.

Som huvudsekreterare i utredningen anställdes den 1 februari 2018 juristen Daniel Zetterberg. Som sekreterare i utredningen anställdes den 19 februari 2018 statsvetaren Annika Stjernquist. Även konsulten Emelie Värja har deltagit i arbetet.

Utredningen, som har antagit namnet Styrning för en mer jämlik vård, får härmed överlämna betänkandet *Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv – Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning* (SOU 2018:55).

Återstående frågor som omfattas av utredningens uppdrag kommer att behandlas i utredningens slutbetänkande, som ska lämnas senast den 30 juni 2019.

Stockholm i juni 2018

Göran Stiernstedt

/Daniel Zetterberg  
Annika Stjernquist

# Innehåll

<b>Sammanfattning .....</b>	<b>9</b>
<b>1 Inledning.....</b>	<b>17</b>
1.1 Utredningens direktiv.....	17
1.2 Sammanfattande problembeskrivning .....	18
1.3 Utredningens kommentarer till uppdraget .....	22
1.3.1 Styrning och jämlik vård är den röda tråden i uppdraget .....	26
1.4 Terminologi och avgränsningar .....	26
1.5 Utredningens arbete .....	30
1.6 Uppdraget och delbetänkandet.....	31
<b>2 Målen för hälso- och sjukvården.....</b>	<b>33</b>
2.1 Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen.....	33
2.2 Målet om att den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården .....	37
2.3 Övriga mål för hälso- och sjukvården .....	39
<b>3 Styrning av hälso- och sjukvården.....</b>	<b>43</b>
3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården .....	43
3.2 Hälso- och sjukvårdens struktur och organisering.....	46
3.3 Allmänt om styrning inom hälso- och sjukvården .....	52
3.3.1 Styrning sker på alla nivåer utifrån olika intressen .....	53

3.3.2	Den sammantagna styrningen i form av styrsystem .....	54
3.3.3	Förutsättningarna för styrning inom vården.....	58
3.4	Statens styrning av hälso- och sjukvården .....	59
3.4.1	Normering.....	61
3.4.2	Ekonomisk styrning.....	62
3.4.3	Kunskapsstyrning och uppföljning.....	64
3.4.4	Kontroll och tillsyn.....	65
3.5	Landstingens styrning av hälso- och sjukvården .....	66
3.5.1	Landstingens styrning gemensamt.....	67
3.5.2	Landstingen använder alla styrmedel parallellt – ersättningsystem är en del.....	69
3.6	Nulägesbeskrivning av landstingens styrning av primärvården .....	72
3.6.1	Uppdragen varierar men har en gemensam kärna.....	73
3.6.2	Kostnadsansvaret är i hög grad decentraliserat .....	74
3.6.3	Den dominerande ersättningsmodellen är kapitering som viktas utifrån socioekonomi och vårdtyngd.....	76
3.6.4	Ersättningsnivåerna varierar mellan landstingen.....	79
3.6.5	Uppföljningen går mot ökad dialog.....	80
3.7	Nulägesbeskrivning av landstingens styrning av den specialiserade vården .....	81
<b>4</b>	<b>Vårdkonsumtion hos olika grupper .....</b>	<b>83</b>
4.1	Flera faktorer har ett samband med socioekonomi.....	83
4.1.1	Det finns ett samband mellan socioekonomi, hälsa och vårdbehov .....	85
4.1.2	Genom bemötande kan vården kompensera för vissa ojämlikheter .....	86
4.2	Analys av vårdkostnader och vårdbesök .....	87
4.2.1	Flera variabler samvarierar med kostnad för vård, sannolikheten att besöka vården och med antal besök.....	89

4.3	Vårdens tillgänglighet skiljer sig främst geografiskt.....	96
4.3.1	Geografi är en viktig faktor för var vi väljer att lista oss.....	97
4.3.2	Utbud och etablering av vårdcentraler.....	97
4.3.3	Tillgång till kontinuitet.....	99
4.3.4	Tillgänglighet upplevs olika av olika grupper .....	103
4.4	Konsumtion utifrån vårdnivå.....	109
4.4.1	Öppenvård.....	109
4.4.2	1177 Vårdguidens användartjänster.....	116
4.4.3	Sluten specialiserad vård.....	119
4.4.4	Förebyggande vård.....	121
4.4.5	Vissa avstår från att söka vård.....	123
<b>5</b>	<b>Analys och överväganden.....</b>	<b>127</b>
5.1	Inledning.....	127
5.2	Skillnader i kontakt med vården.....	128
5.2.1	Är det vårdens fel att vården inte konsumeras jämlikt?.....	132
5.2.2	Det kommunala självstyret medför begränsningar när det gäller jämlikhet .....	134
5.3	Utgångspunkter för struktur, styrning och måluppfyllelse inom hälso- och sjukvården.....	135
5.3.1	Några aspekter på styrning och jämlik och behovsbaserad vård.....	136
5.3.2	Hälso- och sjukvårdens struktur främjar inte en jämlik och behovsbaserad vård.....	140
5.3.3	Det är svårt att veta om styrsystemen främjar en jämlik och behovsbaserad vård .....	141
5.3.4	Landstingens styrning är varierande.....	145
5.3.5	Att gå mot tillitsbaserad styrning och ökad måluppfyllelse .....	148

<b>6</b>	<b>Utredningens fortsatta arbete.....</b>	<b>153</b>
6.1	Det fortsatta arbetet kommer ske i bred dialog med aktörer i vården.....	153
6.2	Kommentarer kring det fortsatta arbetet enligt direktiven .....	154
	<b>Referenser.....</b>	<b>161</b>
	<b>Bilagor</b>	
Bilaga 1	Kommittédirektiv 2017:128.....	171
Bilaga 2	Kommittédirektiv 2018:14.....	185
Bilaga 3	Kommittédirektiv 2018:40.....	187
Bilaga 4	Beräkningar av vårdkostnader och vårdbesök .....	189



# Sammanfattning

## Bakgrund

Regeringen beslutade den 18 december 2017 att utse en särskild utredare med uppdrag att lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Regeringen betonade att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård.

Uppdraget till utredningen omfattar en analys av vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen. Detta innefattar en översyn av LOV samt en analys av möjligheterna att stärka måluppfyllelsen genom förändringar i ersättningssystemen. Utredningen ska följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar. Utredningen ska vidare lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas samt utreda förutsättningarna att införa viss tillståndsprövning inom hälso- och sjukvården. Utredningen ska slutligen analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas.

De samlade förslagen ska lämnas i ett slutbetänkande senast den 30 juni 2019.

*I delbetänkandet ligger fokus på vårdkonsumtion, socioekonomi och styrning i vården*

Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vård-

utnyttjande, vilket behandlas i detta delbetänkande. I delbetänkandet presenteras en tidig analys som kommer att ligga till grund för fortsatt analys i arbetet med slutbetänkandet.

### *Styrning och jämlik vård är den röda tråden*

Utredningen har identifierat styrning och jämlikhet som den röda tråden som binder ihop de olika deluppdragen i utredningens direktiv.

### *Frågan om vinst och vinstbegränsning*

I direktiven nämns frågan om vinst i sammanfattningen men inte som en enskild utredningsfråga. Utgångspunkten i utredningens arbete är styrning och ersättning som gagnar invånarna både i deras egenskap av potentiell patient och skattebetalare. Utgångspunkten är också att skapa rimliga förutsättningar för alla utförare inom hälso- och sjukvården, såväl offentliga som privata, att fullgöra sitt uppdrag. I utredningens fortsatta arbete är utformningen av styrning och ersättning inklusive förslag till åtgärder inom området en prioriterad fråga. Det är i princip inte möjligt att separat behandla frågan om eventuella problem knutna till vinst innan utredningen tagit ett helhetsgrepp kring styrning och ersättningsystem.

### *Sammanfattande problembeskrivning*

De gångna årens erfarenheter har tydligt visat på komplexiteten i hälso- och sjukvården som system. Att styra hälso- och sjukvården är en form av balansgång mellan olika inbyggda potentiella målkonflikter. Styrningen av hälso- och sjukvården har sannolikt blivit än mer komplex i takt med den ökande kunskapsmassan inom medicin, omvårdnad och närliggande områden. Ökad kunskapsmassa öppnar för många positiva möjligheter, men leder också till ökad subspecialisering, vilket ökar komplexiteten i systemet. Det leder också till ökad fragmentering med åtföljande ökat behov av koordinering mellan vårdens olika delar. Det är en stor utmaning att åstadkomma system med helhetssyn och styrsystem som främjar samverkan, och

en ökad måluppfyllelse i form av en mer jämlik, behovsbaserad och effektiv vård.

## Utgångspunkter

En utgångspunkt för utredningen är att det är på mikronivån, dvs. i mötet med patienten, som ”värdet” av vården uppstår. Det är där man kan säga något om hur väl vi når målen för hälso- och sjukvården – t.ex. en vård på lika villkor och efter behov. Att påverka mötet eller interaktionen mellan patienten och vården förutsätter dock, enligt utredningens synsätt, åtgärder också på andra nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå, liksom åtgärder på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer. Det avser bl.a. organisatoriska, ekonomiska, strukturella och rättsliga förutsättningar. Betoningen i våra direktiv ligger på statens och landstingens styrmedel och vi kommer särskilt att ägna oss åt den styrning som staten och landstingen utövar. Men samtidigt bör understrykas att analysen har avstamp i effekterna på mikronivån.

## Analys och överväganden

### *Vårdkonsumtion skiljer sig mellan olika grupper*

Den avgränsade kartläggning som utredningen har haft i uppdrag att göra i delbetänkandet ger en begränsad bild av jämlikhet i vården. Vård på lika villkor (jämlik vård) är ett brett begrepp som sammantaget omfattar en kedja av förhållanden. Det handlar om behov, efterfrågan, utbud, vårdutnyttjande, insatser, resultat och effekter.

Men sett till utredningens uppdrag att sammanställa skillnader i vårdutnyttjande kan konstatera att olika grupper konsumerar vård olika. Skillnader finns inte bara mellan socioekonomiska grupper utan också mellan kön, åldersgrupper och geografiska förutsättningar, däribland skillnad mellan stad och landsbygd. Skillnaderna ser olika ut beroende på vilken vårdnivå vi studerar.

Utredningen har identifierat några områden som vi avser att belysa mer i det fortsatta arbetet

- Det finns några resultat som indikerar att grupper med svagare socioekonomi i större utsträckning underkonsumerar vård. De avstår i större utsträckning från att delta i screening och från vårdbesök och läkemedelsuthämtning av ekonomiska skäl. De konsumerar också i större utsträckning slutna vård som hade kunnat undvikas, vilket bland annat kan bero på att de inte sökt sig till primärvården i ett tidigare skede.
- Analyser av vårdkostnad och besök i några landsting visar att de med svagare socioekonomi besöker vården mer och har högre kostnader för vård, upp till en viss ålder. Vid högre ålder är mönstret det motsatta där de med starkare socioekonomi har fler besök och högre kostnader för vården.
- Befolkningens inställning till väntetider och vårdens tillgänglighet visar på olika mönster beroende på vilken gruppindelning man studerar. Äldre tycker i högre utsträckning att väntetider är rimliga. Personer med lägre utbildning tycker i högre utsträckning både att de har tillgång till den vård de behöver och att väntetider är rimliga. Båda är grupper som enligt utredningens kostnads- och besöksanalys konsumerar mer vård. Samtidigt uppger de med dåligt egenskattat hälsotillstånd i mindre utsträckning än de med bra egenskattat hälsotillstånd att de har tillgång till den vård de behöver och att väntetider är rimliga.
- Konsumtion av vård styrs av många andra faktorer än vården i sig. Men vården, och vårdens organisation och styrning, kan styra delar av konsumtionen genom bemötande, tillgänglighet, kostnader och remittering. Vårdens struktur i stort, med fördelningen på 21 huvudmän, bidrar också till att det blir olika. Utredningen avser att fördjupa frågan vilka aspekter av jämlik vård som styrs av eller genom vården.
- Vad gäller vårdens tillgänglighet och förutsättningar för att erbjuda jämlik vård ser vi som särskilt viktigt att belysa skilda förutsättningar mellan tätbebyggda orter och glesbygd.

### *Många faktorer påverkar måluppfyllelsen*

Måluppfyllelsen i form av en mer jämlik och behovsbaserad vård påverkas av många faktorer, till exempel förmågan att anpassa vården efter individers olika förutsättningar och behov, medarbetarnas utrymme att göra prioriteringar och att arbeta individanpassat samt om struktur, organisation, arbetssätt och kultur skapar och tillvaratar ett sådant utrymme.

Utredningen gör bedömningen att måluppfyllelsen inte främjas av hälso- och sjukvårdens nuvarande struktur, med ett sjukhustungt system där både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen.

Däremot är det svårt att bedöma enskilda styrmedels och det samlade styrsystemets betydelse för måluppfyllelse. Till det bidrar den komplexa situationen med många aktörer och en mångfald av styr-signaler på olika nivåer.

### *Statens roll i styrningen är oklar*

Staten har ofta en oklar roll i styrningen av vården och styr dessutom på olika sätt direkt mot den professionella nivån. Därmed passerar statens styrning ett flertal mellanliggande nivåer, inte minst huvudmännen, vilket är problematiskt ur ett tillitsperspektiv.

### *Landstingens styrning är olikartad*

När det gäller landstingens styrning konstateras att även om det finns positiva tendenser inom kunskapsstyrningsområdet, agerar landstingen ännu bara undantagsvis gemensamt och tar ett gemensamt nationellt ansvar för hälso- och sjukvården. Tvärtom präglas landstingens styrning av stark variation i nästan alla delar, till exempel uppdragets innehåll, kostnadsansvarets fördelning samt hur ersättningen riskjusteras. En gemensam nämnare är att fasta ersättningar används i ökad grad i vården, vilket kan vara positivt för måluppfyllelsen.

*Utgångspunkter för utredningens fortsatta arbete med styrsystemen*

Utredningen avser att i det fortsatta arbetet bland annat analysera

- en mer funktionell prioritering av den statliga styrningen
- skillnaderna i landstingens styrning, vilka incitament och effekter på prioriteringar som uppstår samt om styrningen bör ensas
- hur kunskapen om styrningen av den specialiserade vården kan öka
- hur tilliten i styrningen kan öka mellan staten och huvudmännen med en tydligare rollfördelning
- en färdväg mot en mer tillitsbaserad styrning.

Utredningen kommer i analysen utgå från de nyligen avlämnade betänkandena från utredningarna Samordnad utveckling för god och nära vård och Tillitsdelegationen.

## Utredningens fortsatta arbete

I delbetänkandet presenterar utredningen en första preliminär analys. Denna kommer användas som underlag för fortsatta diskussioner och kommer därmed att breddas och fördjupas i det fortsatta arbetet med slutbetänkandet. I det fortsatta arbetet återstår också för utredningen att komma med förslag kring hur vården kan gå mot att bli mer jämlik och behovsbaserad. I arbetet med slutbetänkandet kommer vi att vidga det utåtriktade arbetet. Vi avser att i ökad utsträckning föra dialog med patientföreträdare, företrädare för vårdens verksamheter på olika nivåer samt med intresseorganisationer och myndigheter.

I det fortsatta arbetet kommer vi dessutom att

- *vidga perspektivet när det gäller jämlik vård*, där en central fråga är vilka aspekter av jämlikhet som bör ingå i vår analys,
- *genomföra en översyn av LOV och vårdvalssystemen*, där centrala frågor kommer att avse primärvårdens struktur och funktions sätt, ett mer jämlikt vårdutbud och nationell likformighet i styrningen, balansen mellan kontinuitet och valfrihet samt konkurrensneutralitet,

- *analysera ett långsiktigt hållbart system för digitala vårdgivare*, där centrala frågor är hur digitala vårdkontakter kan stimulera till innovation och kostnadseffektivitet, hur informationsutbytet fungerar och individens integritet säkerställs, vilken terminologi avseende besök med mera som är lämplig samt hur digitala kontaktvägar bör ersättas ekonomiskt,
- *lämna förslag till ett minskat beroende av inhyrd personal i hälso- och sjukvården*, där centrala frågor är hur vårdresursernas fördelning över landet kan planeras och styras samt om det behövs ändringar i utbildningssystemet, samt
- *utreda behovet av och förutsättningarna för att införa viss tillståndsprovning*, där centrala frågeställningar är vilken nytta en tillståndsprovning skulle kunna tillföra vården samt vilka aspekter som lämpar sig för denna typ av provning.





# 1 Inledning

I detta avsnitt redogör utredningen inledningsvis för uppdraget i enlighet med utredningens direktiv. Därefter presenteras en övergripande problembild följt av en kommentar till direktiven. Terminologi och avgränsningar presenteras, samt hur arbetet har bedrivits. Avslutningsvis lämnas en anvisning om delbetänkandets innehåll.

## 1.1 Utredningens direktiv

Utredningens direktiv beslutades vid regeringssammanträde den 18 december 2017 (dir. 2017:12, se bilaga 1). Enligt direktiven ska den särskilda utredaren lämna förslag som syftar till att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Vidare betonas att det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård. Utredaren ska göra följande.

- *Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.*
- *Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i*

*vårdssystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.*

- *Följ upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.*
- *Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.*
- *Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Valfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).*

Regeringen beslutade den 1 mars 2018 om tilläggsdirektiv (dir. 2018:14, se bilaga 2). I enlighet med detta ska utredaren.

- *Analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.*

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande.

Enligt tilläggsdirektiv beslutat vid regeringssammanträdet den 17 maj 2018 ska uppdraget i övrigt slutredovisas senast den 30 juni 2019 (dir. 2018:40, se bilaga 3).

## **1.2 Sammanfattande problembeskrivning**

Hälso- och sjukvården är en central del av den svenska välfärden och unik på det sättet att den styrs på samtliga våra tre direktvalda politiska nivåer: stat, landsting och kommun. Detta bidrar till den komplexitet som anses känneteckna hälso- och sjukvården som system. Alla berörs av hälso- och sjukvården och det är en fråga som

prioritas högt när invånarna ombeds ange de viktigaste välfärdsfrågorna.

I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2) ges en samlad problembeskrivning som vunnit brett stöd hos de remissinstanser som yttrat sig över betänkandet. I dag verkar det också finnas bred samtycka om vilka utmaningar svensk hälso- och sjukvård står inför och att utmaningarna behöver hanteras i närtid. Föreliggande utredning ansluter sig till denna övergripande analys. I *Effektiv vård* nämns särskilt följande utmaningar.

Sverige har en sjukhusstruktur i hälso- och sjukvården där primärvården inte har förutsättningar att klara uppdraget som första linjens vård. Resurser som skulle behöva verka ”utanför sjukhusens väggar” är i dag knutna till sjukhusen. Primärvården har en alltför begränsad funktion vad gäller att koordinera vården, att ha översikt över de insatser som patienten får och att bidra till att knyta samman de samlade insatserna från landstingens hälso- och sjukvård, kommunernas hemsjukvård och socialtjänst. Dessutom är möjligheterna till informationsöverföring ibland begränsade p.g.a. hinder i lagstiftning eller bristande kompatibilitet mellan olika informationssystem. Resultatet av detta är ett på många olika sätt fragmenterat system för vård och omsorg där informationsutbyte, samordning och kontinuitet kring individens vård och omsorg brister.

Styrningen av vården är fragmenterad med en rad olika aktörer, med bitvis oklar rollfördelning och bristande samordning och samverkan dem emellan. Splittringen gör det svårt för såväl patienter som vårdens medarbetare att agera ändamålsenligt i systemet. De senare upplever ibland att styrningen skär direkt in i mötet med patienten och kommer i vägen för medicinska prioriteringar. Styrning kan också bidra till att skapa en tung administrativ börda för vårdens medarbetare. En ytterligare orsak till det är att verksamhetsstöden i form av informationssystem och kunskapsstöd är otillräckliga och inte ändamålsenliga.

De starka inte sällan professionsbundna organisationskulturerna i hälso- och sjukvården kan ibland underblåsa gränser mellan organisationer, professioner och hierarkier och motverka styrning och utveckling i verksamheterna.

Organisationer och arbetssätt utgår ofta från en standardiserad logik kopplat till ett visst sjukdomstillstånd eller diagnos och som inte alltid anpassas till patientens behov. Hälso- och sjukvården är

som system på vissa sätt trögrörlig. Organisation hänger inte alltid med när det sker skiften i sjukdomspanoramat som kräver förändringar i resursfördelning eller kompetensförsörjning. Exempel på detta är den ökade multisjukligheten liksom ökningen av psykiska besvär i befolkningen.

Det saknas en strategisk och samordnad styrning av kompetensförsörjningen i vården, både när det gäller utbildningarna och hur tillgänglig kompetens kan användas mest effektivt.

*Goda medicinska resultat men brister i tillgänglighet, kontinuitet och jämlikhet*

Trots dessa utmaningar rankas svensk hälso- och sjukvård ofta högt i internationella jämförelser eftersom Sverige har generellt god folkhälsa, även om den är ojämnt fördelad. Sverige har också goda resultat avseende medicinsk kvalitet inom många områden, till exempel cancer och hjärtsjukvård. Samtidigt är befolkningen inte fullt ut nöjda med det svenska sjukvårdssystemet. Endast en tredjedel anser att systemet som helhet fungerar bra, vilket i ett internationellt perspektiv är en anmärkningsvärt låg siffra (Vårdanalys 2016a). I till exempel Norge anser dubbelt så många, cirka 60 procent, att systemet som helhet fungerar bra.

Undersökningar bland befolkningen visar klart och tydligt att den svenska hälso- och sjukvårdens skilleshäl ur patienternas perspektiv är bristande tillgänglighet och kontinuitet. Det är för krångligt att komma till och det tar i många fall för lång tid. Dessutom får patienter ofta träffa olika individer i sina kontakter med vården.

Ett ytterligare problem som blivit allt tydligare är brister avseende jämlikhet i hälso- och sjukvården. Det finns en bred uppslutning kring principen att välfärden ska omfatta alla invånare. Tillgången till vård ska vara jämlik och individernas resurser ska inte avgöra vare sig hälsoutfall eller behandlingsval. I takt med bättre uppföljning har det blivit allt tydligare att vården inte är jämlik. Det finns skillnader i vårdkonsumtion och val av behandling. Skillnader föreligger också avseende geografi, dels mellan landsting men också inom landsting, och inte minst mellan tät- och glesbebyggda områden. Det finns dessutom skillnader mellan kön och mellan olika socioekonomiska grupper. Det är lätt att likställa jämlikhet med att göra lika. Men i stället torde jämlik vård handla om att göra olika,

det vill säga att anpassa vården efter den enskilda individens speciella och unika behov. Detta kräver förändrade arbetsätt som i hög grad bygger på individens medverkan. Olika former av person- eller patientcentrerade arbetsätt är exempel i denna riktning.

### *Förändrad styrning*

När problem blir uppenbara reglerar systemet med olika typer av åtgärder – ofta ändrad styrning. I början av 90-talet rådde ekonomisk kris i Sverige och möjligheterna till skattehöjningar var begränsade. Med den traditionella budgetstyrningen lyckades man till exempel inte åtgärda tillgänglighetsproblemen. Samhället behövde höja effektiviteten inom vården. Med detta som mål introducerades olika nya typer av styrning med starka ekonomiska förtecken. På 2000-talet ökade detaljstyrningen. En orsak kan ha varit ökad tillgång till data via bland annat öppna jämförelser som medförde utökade möjligheter att styra på nya typer av indikatorer. Tillgängligheten var alltså ett problem, vilket var ett av flera skäl som föranledde staten att lagstifta om det obligatoriska vårdvalet inom primärvården, där LOV skulle användas. Andra skäl var ökat patientinflytande samt önskemål om ökad mångfald. LOV kom att bli ett alternativ till mer konventionell upphandling av vård enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling (LOU) som vid sidan av den s.k. nationella taxan varit det sätt som landsting använt för att överlåta utförandet av vården till privata vårdgivare.

LOV krävde en ny typ av styrning, bland annat på grund av kraven på konkurrensneutralitet. Som nämnts ovan hade landstingen börjat frångå traditionell budgetstyrning och inspirerats av nya marknadsinspirerade styr- och ersättningsformer, ofta benämnda *New Public Management* (NPM). Även staten hade utvecklat liknande styrformer, till exempel, den s.k. Kömiljarden<sup>1</sup>, i samma anda. När LOV i primärvården skulle implementeras fortsatte man i stor utsträckning på det inslagna spåret med utpräglad detaljstyrning, talrika indikatorer och omfattande styr- och uppdragsdokument.

---

<sup>1</sup> Kömiljarden var ett avtal mellan staten och SKL under åren 2008–2014 som bland annat innefattade en prestationsbaserad ersättning till landsting som uppfyllde vissa tillgänglighetskrav.

### *Komplex system med risk för målkonflikter*

De gångna årens erfarenheter har tydligt visat på komplexiteten i hälso- och sjukvården som system. Ändrar man i en del av systemet uppstår konsekvenser i det samlade systemet som är svåra att förutse och överblicka. Olika typer av målkonflikter riskerar uppstå. Att styra hälso- och sjukvård är en form av balansgång mellan olika inbyggda potentiella målkonflikter.

Styrningen av hälso- och sjukvården har sannolikt blivit än mer komplex i takt med den ökande kunskapsmassan inom medicin, omvårdnad och närliggande områden. Ökad kunskapsmassa öppnar för många positiva möjligheter, men leder också till ökad subspecialisering, vilket ökar komplexiteten i systemet. Det leder också till ökad fragmentering med åtföljande ökat behov av koordinering mellan vårdens olika delar. Det blir en stor utmaning att åstadkomma system med helhetssyn och styrsystem som främjar samverkan, allt i syfte att öka effektiviteten.

## **1.3 Utredningens kommentarer till uppdraget**

Utredningens olika deluppdrag representerar några av utmaningarna inom svensk hälso- och sjukvård. Deluppdragen illustrerar också att till synes begränsade problem ofta utgår från övergripande problematik, inte minst när det gäller bristande tillgänglighet och jämlikhet inom hälso- och sjukvården.

En utgångspunkt för utredningen är att det är på mikronivån, det vill säga *i mötet med patienten*, som ”värdet” av vården uppstår. Det är där man kan säga något om hur väl vi når målen för hälso- och sjukvården – till exempel en vård på lika villkor och efter behov. Att påverka mötet/interaktionen mellan patienten och vården förutsätter dock, enligt utredningens synsätt, åtgärder också på andra nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå, liksom åtgärder på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer. Det avser bland annat organisatoriska, ekonomiska, strukturella och rättsliga förutsättningar. Betoningen i våra direktiv ligger på statens och landstingens styrmedel och vi kommer särskilt att ägna oss åt den styrning som staten och landstingen utövar. Men samtidigt bör understrykas att analysen har avstamp i effekterna på mikronivån.

En väsentlig del i uppdraget är att utreda hur styrningen i högre grad kan bidra till att nå målen i hälso- och sjukvårdslagen (2017:30; HSL) om vård på lika villkor och efter behov. Vår tolkning av uppdraget i denna del är hur man kan främja vård på lika villkor och efter behov

- genom de samlade styrsystemen,
- som en del av styrsystemen, genom vårdvalssystemen och ersättningsystemen, och
- med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning.

Vårdvalsystemen infördes bland annat för att öka tillgängligheten (prop. 2008/09:74). Andra genomförda och pågående utredningar som *Effektiv vård* (SOU 2016:2) och *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:1) pekar på den nära vårdens betydelse för att åtgärda tillgängligheten ur ett systemperspektiv men också på den nära vårdens betydelse för att åstadkomma en mer jämlik vård.

Utredningens uppdrag att redovisa skillnader mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar har också ett tydligt fokus på jämlikhet. Även uppdraget att se över LOV anknyter till detta. Utredningens direktiv lyder i denna del bland annat: *”Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i HSL och med principen vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen.”* Även deluppdraget att *”... kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård”* anknyter på ett tydligt sätt till jämlikhetsperspektivet.

Direktiven till denna utredning adresserar ett antal potentiella målkonflikter. Valfrihet med rätt till upprepade val kan medföra problem ur kontinuitetssynvinkel och flera olika val i ett system som ställer krav på samverkan kan medföra problem för effektiviteten. Ett av målen med vårdvalsreformen var vidare förbättrad tillgänglighet, vilket kan öka jämlikheten men inte självklart fördelar vården efter behov, en portalparagraf i HSL. I andra delar av HSL anges dessutom att vården ska vara tillgänglig. Utredningen kommer i det fortsatta arbetet att analysera hur HSL:s mål om jämlik vård och vård

efter behov på bästa sätt kan balanseras mot vårdvalsreformens olika mål och målen i andra delar av HSL.

Uppdraget kring tillståndsprovning ”att utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprovning eller alternativ till sådan provning inom hälso- och sjukvårdsområdet” torde till stor del handla om styrning och omsorg om hälso- och sjukvården samt förmåga att svara upp mot såväl lagstiftningen som uppdragsgivarens krav. I frågan om tillståndsprovning finns också möjlighet att hantera olika typer av villkor och som ska uppfyllas för att erhålla tillstånd, till exempel krav på vinstbegränsning.

Att satsa på tillgänglighet kräver tillgång till matchande kompetens. I dagsläget råder brist på vissa kompetenser i vården, däribland allmänläkare och specialistsjuksköterskor inom slutenvården. Deluppdraget ”att kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd personal, i öppenvården såväl som i slutenvården och lämna förslag på hur kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas” anknyter till tillgänglighet och jämlikhet utifrån perspektivet att god tillgänglighet och kontinuitet främjar en mer jämlik vård.

Utredningens tilläggsuppdrag avser nätdoktorer. Nätdoktorer har sannolikt rönt uppskattning hos befolkningen tack vare den goda tillgängligheten. Indirekt kan man säga att fenomenet illustrerat bristerna i dagens system i form av sviktande tillgänglighet inom den nära vården. Texten i direktivet att ”utredaren får i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande principen om en behovsstyrd vård” är logisk utifrån det faktum att de så kallade nätläkarnas entré på sjukvårdsarenan samtidigt pekat på en eventuell målkonflikt gentemot HSL:s intentioner om vård efter behov. Bild- och samtalskontakt med läkare via nätet är en form av digital vårdkontakt. Möjlighet till kontakt via chatt, mejl och journal via nätet är exempel på andra former. Utredningen kommer behöva hantera digitala vårdkontakter i sin helhet för att kunna ta ställning till förslag avseende så kallade nätdoktorer. Det är viktigt att eventuella kommande förslag inte står i konflikt med den potential till effektivisering som digitala vårdkontakter erbjuder. Uppdraget kring nätdoktorer ansluter förutom till jämlikhet även tydligt till utredningens uppdrag kring styrning och ersättningsystem.



### *Frågan om vinst och vinstbegränsning*

Föreliggande utredning tillkom ungefär samtidigt som att regeringen lämnade propositionen *Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet* (prop. 2017/18:159). Propositionen baseras på *Välfärdsutredningens* slutbetänkande *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78). Det initiala namnet på föreliggande utredning, ”Ordning och reda i vården”, understryker sambandet. Propositionen skiljer sig från utredningen på en väsentlig punkt. Regeringen valde att exkludera företag verksamma inom hälso- och sjukvården från kraven på vinstbegränsning. I stället hänsköts frågan till föreliggande utredning, som dock kom att inkludera ytterligare att antal frågeställningar. Riksdagen avlog regeringens proposition i juni 2018.

I utredningens direktiv tas frågan om vinst upp huvudsakligen i sammanfattningen där det står: ”*En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen.*” Direktiven nämner således varken vinstbegränsning eller vinsttak specifikt, utan använder i stället ordet vinstjakt. Vi ser att det senare anknyter till de problem som eventuellt kan uppstå vid alltför starkt fokus på ekonomistyrning och vinst.

Frågan om vinst har en mycket nära anknytning till styrning och ersättningssystem, vilka båda är centrala frågor i direktiven. I utredningens fortsatta arbete är utformningen av styrning och ersättning inklusive förslag till åtgärder inom området en prioriterad fråga. Även frågan om vad som är statens respektive landstingens ansvar i styrningen kommer att behandlas i det fortsatta arbetet. Utgångspunkten i detta arbete är styrning och ersättning som gagnar invånarna såväl i deras egenskap som potentiella patienter som skattebetalare. Utgångspunkten är också att skapa rimliga förutsättningar för alla utförare inom hälso- och sjukvården, såväl offentliga som privata, att fullgöra sitt uppdrag. Det är i princip inte möjligt att separat behandla frågan om eventuella problem knutna till vinst innan utredningen tagit ett helhetsgrepp kring styrning och ersättningssystem.

Det har stundtals framskymtat i debatten kring vinstbegränsning att utredningen skulle hantera frågan om vinst och vinstbegränsning

för företag verksamma inom hälso- och sjukvården redan i detta delbetänkande. Men direktiven innehåller inga krav på att så ska ske och av skäl som angivits ovan är det varken lämpligt eller möjligt att hantera denna fråga separerad från övriga frågor som utredningen har att hantera.

### 1.3.1 Styrning och jämlik vård är den röda tråden i uppdraget

Som framgår ovan handlar alla delar i utredningens uppdrag om hur man styr vården – både genom de övergripande styrsystemen men också genom de olika styrmedlen, till exempel vårdvalsystemen och ersättningssystemen. Genomgående är att genom styrningen åstadkomma en ökad måluppfyllelse i enlighet med HSL – god vård på lika villkor, vård efter behov och vård som främjar kostnadseffektivitet. Utredningen har identifierat styrning och jämlikhet som den röda tråden som binder ihop de olika deluppdragen i utredningens direktiv.

Styrning är och har också varit något av en röd tråd i ett flertal andra statliga utredningar i närtid, till exempel, *Välfärdsutredningen* (SOU 2016:78), *Tillitsdelegationen* (delrapport SOU 2017:56), *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:1, delbetänkande SOU 2017:53), *Ägarprövningsutredningen* (SOU 2015:7), *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (SOU 2016:2), *Utredningen om betalningsansvarslagen* (SOU 2015:20), *Kommissionen för jämlik hälsa* (SOU 2017:47) och *Kunskapsstödsutredningen* (SOU 2017:48). Föreliggande utredning kommer att med en kumulativ ansats utgå från och bygga vidare på delar av nu nämnda utredningar.

## 1.4 Terminologi och avgränsningar

Utredningens uppdrag är brett och flera av frågeställningarna är i sig omfattande. Det kommer därför att vara nödvändigt att göra vissa avgränsningar som innebär en balans mellan å ena sidan genomförbarhet och å andra sidan kvalitet. Utredningens direktiv och de syften som anges där är vägledande för avgränsningarna.

De avgränsningar som beskrivs i det följande gäller i första hand detta delbetänkande. Sannolikt kommer flera av dem också att behöva avse resterande arbete i utredningen. Men vi avstår från att slå fast detta eftersom vi bedömer att avgränsningarna bör ske som en del i det fortsatta utredningsarbetet.

### *Ingen ändrad ansvarsfördelning*

I direktiven uttrycks att det ”övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven.”. Det innebär att vi inte kommer att diskutera ändrade ansvarsförhållanden mellan staten och landstingen. Men vi kommer däremot att uppmärksamma skillnader mellan landstingen när det bedöms nödvändigt mot bakgrund av målet om vård på lika villkor (jämlik vård) i HSL.

### *Jämlik vård är ett brett begrepp men avgränsas främst till socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion*

Vård på lika villkor (jämlik vård) är ett brett begrepp som sammantaget omfattar en kedja av förhållanden. Det handlar om behov, efterfrågan, utbud, vårdutnyttjande, insatser, resultat och effekter.

Enligt direktiven ska vi i delbetänkandet följa upp och redovisa ”om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar”. Vi har alltså fått givet dels avgränsningen till just konsumtion av vård, eller vårdutnyttjande, dels avgränsningen till socioekonomiska grupper. Dessa avgränsningar kan av olika skäl problematiseras.

Svagare socioekonomi samvarierar med sämre hälsa och tvärtom. Trots att folkhälsan på det stora hela blir bättre ökar klyftan i hälsa mellan socioekonomiska grupper. Vi ser därför relevansen i avgränsningen till socioekonomi. Samtidigt är det svårt att få en helt rättvisande bild av vårdens jämlikhet med denna avgränsning. Kartläggningen breddas därför delvis till andra grupper såsom geografi, stad och landsbygd, kön och ålder. Denna breddning är nödvändig för att lägga en grund för analyser och förslag i utredningens fortsatta ar-

bete. Men huvudsakligt fokus i detta delbetänkande ligger på socioekonomi. Som socioekonomiska variabler används främst utbildningsnivå, inkomstnivå och födelse-land.

Men trots sambandet mellan socioekonomi och hälsa bör det också poängteras att skillnad i hälsa mellan olika socioekonomiska grupper beror på så mycket mer än just konsumtion av vård. Konsumtion av vård är inte heller ett självklart mått på jämlikhet i vården. En viktig fråga för utredningen att bära med sig under arbetets gång är att lösningar på ojämlik vård inte bara har med vården att göra. Särskilt konsumtion av vård beror på flera andra faktorer än vården. Detta diskuteras i avsnitt 5.

### *Statens och landstingens styrning är i fokus*

Enligt direktiven ska vi i delbetänkandet redovisa utredningens *utgångspunkter* för mer ändamålsenliga styrsystem. Vi bedömer att styrsystemen omfattar all styrning som utövas på alla nivåer i hälso- och sjukvården. Men vi kommer att avgränsa analysen till att i första hand avse statens och landstingens styrning. Det beror på att det är svårt att allmängiltigt och relevant beskriva övriga nivåer av styrning i en statlig utredning. Det beror dessutom på att staten och landstingen gemensamt förfogar över de styrmedel som är centrala för att skapa förutsättningar för en mer jämlik och behovsbaserad vård. Givet statens övergripande ansvar för hälso- och sjukvården, i kombination med det långtgående ansvar som genom lag har delegerats till landstingen, ser vi också att dessa två nivåer är de mest relevanta för utredningen. I analysen är vi medvetna om övriga nivåer och betydelsen av den styrningen.

I delbetänkandet belyser vi statens och landstingens styrning mer generellt. Men vi gör också en något utförligare kartläggning av landstingens styrning av primärvården, till exempel när det gäller ersättningsmodeller. Vi bedömer att en sådan kartläggning är en värdefull utgångspunkt för utredningens översyn av LOV (vårdvalssystemen), som kommer att presenteras i slutbetänkandet. Styrningen och utformningen av vårdvalssystemen kommer därutöver inte att behandlas specifikt i delbetänkandet men vissa preliminära utgångspunkter för det fortsatta arbetet presenteras i avsnitt 6.

Kommunerna ansvarar för en väsentlig del av hälso- och sjukvården, i synnerhet efter att ansvaret för hemsjukvård i de flesta landsting har överlämnats från landstingen till kommunerna. Men styrningen av den hälso- och sjukvård som kommunerna ansvarar för skiljer sig på många sätt från landstingens hälso- och sjukvård. I andra utredningar har framkommit att kommunerna har utmaningar att hantera det breda uppdraget som huvudmän för både vård och omsorg (Vårdanalys 2017d). Vi bedömer att kommunernas huvudmannaskap för hälso- och sjukvård och deras styrning kräver en genomlysning som inte är möjlig att företa inom ramen för detta delbetänkande.

Inte heller kommer vi att beröra den hälso- och sjukvård som staten har ett huvudmannansvar för, det vill säga inom kriminalvården och försvaret.

### *Ingen avgränsning till någon särskild del av landstingens hälso- och sjukvård*

Direktiven innebär ingen avgränsning när det gäller vårdnivåer eller delar av hälso- och sjukvården. Visserligen finns en viss tyngdpunkt på primärvården, i synnerhet i problembeskrivningen i direktiven. Det gäller till exempel vårdvalssystemen och ökningen av digital utomlänsvård i primärvården. Mycket av diskussionen under senare år har också på olika sätt främst berört primärvårdens struktur och funktionssätt. Men vår avsikt är att så långt som är möjligt omfatta landstingens hälso- och sjukvård i sin helhet.

### *Tandvård och läkemedel kommer inte tas upp*

Parallellt med denna utredning pågår två offentliga utredningar om läkemedel respektive tandvård. Utredningen *Ett tandvårdssystem för jämlik tandhälsa* (S 2018:02) ska utreda och lämna förslag till hur tandvårdssystemet kan utvecklas för att bli mer resurseffektivt och jämlikt. *Läkemedelsutredningen* (S 2016:07) ska föreslå ett subventions- och prissättningsystem för en god och jämlik tillgång till och användning av effektiva läkemedel i Sverige.

Utredningarnas uppdrag är inte helt överlappande med denna utrednings men vi bedömer att den övergripande inriktningen är likartad och att vi därför bör avstå från att hantera tandvård och läkemedel i delbetänkandet.

*Vi använder benämningen landsting*

I betänkandet använder vi genomgående begreppet landsting för både regioner och landsting.

## 1.5 Utredningens arbete

Utredningens arbete med delbetänkandet har bedrivits under en kort period, från mars till och med början av juni 2018. Arbetet har till stor del bestått i att sammanställa och kartlägga utifrån befintliga analyser samt att ta in intryck och information genom möten med relevanta aktörer. Utredningen har därutöver kompletterat underlaget med vissa dataanalyser.

Direktiven betonar att utredningen *ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området*. Givet att det pågår angränsande utredningar och att flera analysrapporter och forskningsartiklar har publicerats både angående styrning och socioekonomi har utredningen sett det som angeläget att i första hand arbeta utifrån befintligt material. Exempel på nyligen publicerade utredningar som utredningen har använt sig av är *Ägarprövningsutredningen* (SOU 2015:7), *En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården* (SOU 2016:2), *Utredningen om betalningsansvarslagen* (SOU 2015:20), *Välfärdsutredningen* (SOU 2016:78), *Kommissionen för jämlik hälsa* (SOU 2017:47) och *Kunskapsstödsutredningen* (SOU 2017:48). Därutöver pågår flera utredningar av relevans, däribland *Samordnad utveckling för god och nära vård* (S 2017:1, delbetänkande SOU 2017:53), *Tillitsdelegationen* (Fi 2016:03) och *Kostnadsutjämningsutredningen* (Fi 2016:12). Till detta kommer flera rapporter från Riksrevisionen, Statskontoret, Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, Socialstyrelsen, Sveriges Kommuner och Landsting (SKL), samt från olika landsting. Det pågår även mycket forskning på områden som är relevanta för utredningen och även denna används som referens.

I arbetet med delbetänkandet har utredningen främst träffat aktörer på central nivå, något som avses breddas i arbetet med slutbetänkandet. Utredningen har träffat representanter från ovan nämnda utredningar, samt forskare och företrädare för relevanta myndigheter och landsting. Utredningen har också träffat ett urval av intresseorganisationer.

Utredningen har kontaktat några landsting med förfrågningar om möjlighet till att ta del av data över vårdkontakter. Frågan har också väckts vid nätverksträffar med landstingen via SKL. Landstingen i Dalarnas, Stockholms och Västra Götalands län har bidragit till utredningen med sammanställningar av data över vårdkonsumtion. Ett särskilt samarbete har inletts med Kostnadsutjämningsutredningen där vi har fått möjlighet att själva bedriva analyser på de data som ligger till grund för deras kostnadsutjämningsberäkningar. Dessa data kommer från landstingen i Norrbottens, Skåne och Västra Götalands län och de berörda landstingen har godkänt användningen.

En grupp sakkunniga och experter har förordnats för att delta i utredningen. Utredningen har kallat till två sammanträden med gruppen och därutöver har samtliga bjudits in att lämna synpunkter på de slutgiltiga texterna. Utredningen har löpande samrått med Regeringskansliet (Socialdepartementet).

## 1.6 Uppdraget och delbetänkandet

Detta delbetänkande innehåller två huvudsakliga delar. I enlighet med direktiven redovisas i detta delbetänkande utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. I avsnitt 2 ges en överblick av målen för hälso- och sjukvården. Tyngdpunkten ligger på de mål som har pekats ut som mest relevanta för utredningen, det vill säga vård på lika villkor och vård efter behov. I avsnitt 3 görs en övergripande kartläggning av styrningen i hälso- och sjukvården. Fokus ligger på statens och landstingens styrning. Utredningen presenterar här också en kartläggning av landstingens styrning av primärvården. I avsnitt 4 redovisas olika aspekter av vårdkonsumtion fördelat på olika grupper. Tyngdpunkten ligger på socioekonomi. I avsnitt 5 presenteras en första analys. Slutligen diskuteras utredningens fortsatta arbete i avsnitt 6.

Delbetänkandet innehåller inga förslag. Utredningen har därför, mot bakgrund av 14–16 §§ kommittéförordningen (1998:1474), bedömt att kostnadsberäkningar och andra konsekvensbeskrivningar inte är nödvändiga.

I och med den redovisning som lämnas i delbetänkandet läggs en grund för det fortsatta arbetet.



## 2 Målen för hälso- och sjukvården

I detta avsnitt beskrivs målen för hälso- och sjukvården, som formuleras i hälso- och sjukvårdslagen. Det finns flera mål men utredningens direktiv innebär att vi särskilt ska beakta målen om vård på lika villkor för hela befolkningen och att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. I avsnittet beskrivs särskilt dessa båda mål men även övriga mål kommenteras kort.

### 2.1 Målet om en vård på lika villkor för hela befolkningen

I 3 kap. 1 § HSL anges att målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Målen infördes i den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:763) mot bakgrund av behovet av att ”lägga fast mer översiktliga riktlinjer för arbetet inom hälso- och sjukvården” (prop. 1981/82:97 s. 26).

Målet att vården ska erbjudas på lika villkor för hela befolkningen innebär enligt motiven att det i princip ska vara möjligt för alla – oavsett var de bor i landet – att vid behov och på lika villkor få del av hälso- och sjukvårdens tjänster. Visserligen kommer det vara lättare för de som bor nära ett sjukhus eller en vårdcentral att få tillgång till vården än andra, men sådana skillnader som inte motiveras av ekonomiska begränsningar eller hänsyn till den medicinska säkerheten bör i möjligaste mån undanröjas.

Ett väsentligt inslag i detta uppgavs vara att *behovet* av hälso- och sjukvård ska styra möjligheterna att få vård, inom ramen för de ekonomiska resurser som huvudmannen förfogar över. Regeringen

menade att behovet av vård, inom ramen för de ekonomiska resurserna, ensamt ska vara avgörande för vårdens omfattning och karaktär och anförde vidare:

Häri ligger också att vid prioritering mellan två patienter ska den som har det mest akuta behovet av vård ges företräde. Möjligheterna att vid behov få vård får inte påverkas av sådana förhållanden som "ålder, kön, förmåga att ta initiativ, utbildning, betalningsförmåga, nationalitet, kulturella olikheter, sjukdomens art och sjukdomens varaktighet". Inte heller väntetider får påverkas av sådana förhållanden. (Prop. 1981/82:97)

Målet om vård på lika villkor brukar uttryckas som ett mål om *jämlig vård* och formuleringarna i motiven har tolkats som att vården ska infria *horisontell och vertikal rättvisa*. Med horisontell rättvisa avses att alla individer med lika sjukvårdsbehov, oavsett individuella bakgrundsfaktorer, ska ha samma tillgång till hälso- och sjukvård. Vertikal rättvisa innebär att personer med större behov av hälso- och sjukvård ska prioriteras framför andra vid tillgången till hälso- och sjukvård (se bland annat SOU 2017:47, Vårdanalys 2014c, Culyer 1993).

Det är samtidigt viktigt att betona att jämlig vård inte innebär att alla nödvändigtvis ska behandlas exakt lika. Det relevanta är att varje fall är unikt och måste bedömas utifrån den enskildes patientens behov och de unika förutsättningarna i just den situationen (prop. 1996/97:60). Men samtliga individer har samma rättighet att få sina behov uppfyllda eller tillgodosedda (DO 2012).

En viktig uppgift för hälso- och sjukvården blir enligt motiven att utreda hur skilda sociala förhållanden, som kan begränsa den enskildes möjlighet att utnyttja vårdutbudet, bör påverka hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning. Regeringen slog också fast att målet om vård på lika villkor innebär att vårdresurserna måste vara rättvist fördelade över landet, vilket förutsätter solidaritet mellan landstingen, till exempel vid fördelning av knappa personalresurser (prop. 1981/82:97).

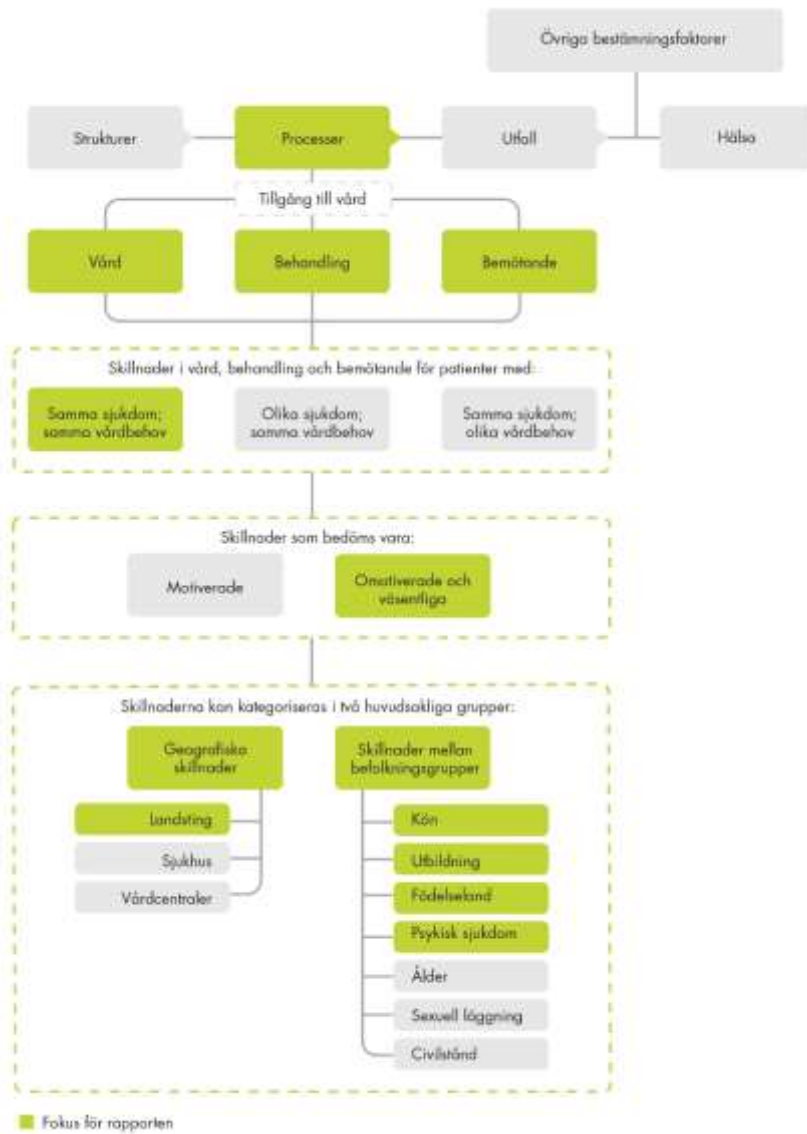
### *Jämlig vård kan beskrivas ur många perspektiv*

Det är viktigt att betona att alla skillnader som observeras i hälso- och sjukvården när det gäller vård, behandling och bemötande inte innebär att vården är ojämlig. Tvärtom kan vissa skillnader vara en

förutsättning för jämlik vård genom att vården tar hänsyn till sjukdomens svårighetsgrad eller förekomsten av parallell läkemedelsbehandling och samsjuklighet. Det är när det uppstår *omotiverade* skillnader som inte kan förklaras av medicinska bedömningar eller behovsmässiga skillnader som vården är ojämlig (Vårdanalys 2014c).

Det finns många sätt att närma sig en mer samlad beskrivning av jämlikheten i vården. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys har utformat ett ramverk för beskrivning (Vårdanalys 2014c), som utgår från Socialstyrelsens tidigare analysarbete av jämlikhet i vården (Socialstyrelsen 2011a). Ramverket utgår från skillnader i vård, behandling och bemötande och fångar sannolikt in huvuddelen av de dimensioner som är relevanta för att beskriva jämlikhet i vården. Dimensionerna framgår av figur 2.1 och syftet är här inte att närmare utveckla de olika dimensionerna eller på vilket sätt de kan följas upp, utan främst att *ge en bild av komplexiteten i begreppet jämlik vård*.

Figur 2.1 Dimensioner av jämlikhet i vården



Källa: Vårdanalys 2014c. Anmärkning: De grönmarkerade fälten markerar vilka frågor som analyserades av Vårdanalys men har ingen betydelse för delbetänkandet.

## 2.2 Målet om att den som har största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården

När det gäller frågan om hur man kan avgöra hur behovet av vård ska styra möjligheterna att få vård konstaterade *Prioriteringsutredningen* (SOU 1995:5) att det saknas närmare vägledning om hur prioriteringar kan göras bortsett från vissa mer övergripande ramar (se föregående avsnitt). Mot denna bakgrund infördes 1997 målet att den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (nuvarande 3 kap. 1 § HSL). Samtidigt infördes målen om att vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. I motiven anförde regeringen att de grundläggande etiska principerna, människovärdesprincipen och behovs-solidaritetsprincipen, ska återspeglas i lagen (prop. 1996/97:60). Med dessa två grundläggande etiska principer samt kostnadseffektivitetsprincipen lade regeringen fast en ”plattform” för prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Faktaruta 2.1 De grundläggande etiska principerna för prioriteringar inom hälso- och sjukvården

**Människovärdesprincipen:** Principen är grundläggande för hela samhället samt den viktigaste principen inom hälso- och sjukvården. Att respektera någons människovärde innebär att man alltid och under alla förhållanden betraktar och behandlar människan som den hon är i sig och inte i egenskap av det hon har eller gör. Människovärdet innebär att alla människor har vissa fundamentala rättigheter (rätt till liv, frihet, personlig säkerhet och ett värdigt liv) som skall respekteras och att i dessa avseenden är ingen förmer än någon annan.

**Behovs-solidaritetsprincipen:** Att alla har lika rätt och lika värde räcker inte som grund för prioriteringar i vården. För att i en prioriteringssituation kunna avgöra vilka som ska få vård krävs något mer än människovärdesprincipen. Behovs-solidaritetsprincipen ska, tillsammans med människovärdesprincipen, ligga till grund för prioriteringar. Det innebär till exempel att resurserna ska satsas på de områden (verksamheter, individer) där behoven är störst och om prioriteringar måste ske bland effektiva åtgärder,

ska mer av vårdens resurser ges till de mest behövande, de med de svåraste sjukdomarna och den sämsta livskvaliteten.

**Kostnadseffektivitetsprincipen:** Principen är underordnad de föregående principerna och innebär att hälso- och sjukvården vid val mellan olika verksamhetsområden eller åtgärder bör eftersträva en rimlig relation mellan kostnader i form av insatta resurser av olika slag och effekt, mätt i förbättrad hälsa och höjd livskvalitet. Det är angeläget att skilja på kostnadseffektivitet när det gäller behandling av enskilda patienter och målet om kostnadseffektivitet när det gäller sjukvårdens verksamhet i stort (se nästa avsnitt).

*Källa:* Prop. 1996/97:60

Det bör betonas att det som avses med behov är *de medicinska behov som vården bedömer att en patient har*. Det kan givetvis finnas olika uppfattningar om behovet hos den enskilde patienten och vårdgivaren. I motiven betonade regeringen att respekten för patientens självbestämmande och integritet är mycket betydelsefull men som underlag för prioriteringar har självbestämmandet begränsat värde. Regeringen anförde vidare:

Att göra åtskillnad mellan behov och efterfrågan är också viktigt. I motsats till behov, som kan vara både omedvetna och icke uttryckta, är efterfrågan alltid uttryckt. Vård kan efterfrågas som hälso- och sjukvården bedömer att det inte finns behov av. Det kan exempelvis bero på att den vårdsökande har felaktiga förväntningar på vården. Behovs-solidaritetsprincipen kan på så vis komma i konflikt med efterfrågeprincipen. Ett tillämpande av efterfrågeprincipen skulle kunna innebära att individer med sämre förmåga att ta för sig kommer i kläm, vilket kan äventyra principen om en vård på lika villkor för hela befolkningen. Liksom utredningen anser vi att man inte helt kan bortse från efterfrågan och människans egna önskningar men att dessa inte kan utgöra grund för prioriteringar. (Prop. 1996/97:60)

Mot bakgrund av den etiska plattformen lade regeringen fram riktlinjer för prioriteringar exemplifierade med fyra breda prioriteringsgrupper för vården:

- **Prioriteringsgrupp I:** Vård av livshotande akuta sjukdomar, vård av sjukdomar som utan behandling leder till varaktigt invalidise-

rande tillstånd eller för tidig död, vård av svåra kroniska sjukdomar, palliativ vård och vård i livets slutskede, vård av människor med nedsatt autonomi.

- **Prioriteringsgrupp II:** Prevention, habilitering/rehabilitering.
- **Prioriteringsgrupp III:** Vård av mindre svåra akuta och kroniska sjukdomar.
- **Prioriteringsgrupp IV:** Vård av andra skäl än sjukdom eller skada.

Prioriteringsgrupperna är inte styrande. De ska i stället ses som rekommenderade prioriteringar för vården vilket innebär att det inte finns något lagligt hinder för att det kan skilja sig åt mellan landsting beträffande vilka sjukdomar eller vilka tillstånd som behandlas och vilka metoder som står till buds om behandlingen väl ska ges (Socialstyrelsen 2011a). Landstingen har även möjlighet att dra upp riktlinjer som styr huruvida behandlingar ska erbjudas. Landstingen har, inom ramen för ovan nämnda principer och rekommenderade prioriteringar, ett finansiellt och planeringsmässigt självbestämmande som utgår från de resurser som bestäms på den politiska nivån.

## 2.3 Övriga mål för hälso- och sjukvården

Utöver målen om vård på lika villkor och efter behov finns flera andra mål för hälso- och sjukvården. Några av dessa anges direkt i lagen men därutöver finns flera indirekta mål som på olika sätt följer av politiska prioriteringar, särskilt hos huvudmännen.

### Målet om en god hälsa för hela befolkningen

När det gäller målet om en god hälsa för hela befolkningen angavs i motiven att målet förutsätter åtgärder för att befästa, skapa eller återställa ett så gott hälsotillstånd som möjligt för individen. Det förutsätter också allmänt förebyggande insatser för att så långt som möjligt begränsa riskerna i livsmiljön och därmed en god hälsopolitisk planering. Den enskilde individens medverkan i vården av den egna hälsan är också av den största betydelse. Samhället måste stärka

den enskildes möjligheter att ta aktivt ansvar för sin hälsa (prop. 1981/82:97).

### **Målen om respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet**

Dessa mål anknyter till människovärdesprincipen, som lades fast i den etiska plattformen för prioriteringar inom hälso- och sjukvården och målen återspeglar endast principen (se faktaruta 2.1).

### **Målet om kostnadseffektivitet**

I 4 kap. 1 § HSL anges att offentligt finansierad hälso- och sjukvårdsverksamhet ska vara organiserad så att den främjar kostnadseffektivitet. Bestämmelsen fick delvis en ny utformning i den nya HSL men vid införandet av bestämmelsen 1997 underströks att det är angeläget att resurserna inom hälso- och sjukvårdsverksamhet används på ett så effektivt sätt som möjligt (prop. 1995/96:176 s. 54 f.). Som motiv till bestämmelsen anfördes bland annat att hälso- och sjukvården till övervägande del är finansierad med allmänna medel, vilka ska användas på bästa möjliga sätt. Regeringen framförde också att det är ytterst angeläget att sjukvården strävar efter en hög kostnadseffektivitet när det gäller vårdens verksamhet i allmänhet. En sådan kostnadseffektivitet för verksamheten i stort kan till exempel uppnås genom bättre samordning mellan olika enheter, ändrade bemanningsscheman, eller ökad beläggning av lokaler (prop. 1996/97:60).

### **Andra mål förekommer**

#### *Regeringen anger målen för hälso- och sjukvårdspolitiken*

Målet för hälso- och sjukvårdspolitiken är att befolkningen ska erbjudas en behovsanpassad och effektiv hälso- och sjukvård av god kvalitet. En sådan vård ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig (prop. 2015/16:1, bet. 2015/16:SoU1, rskr. 2015/16:102). Regeringen anger följande i anslutning till målet.



En behovsanpassad hälso- och sjukvård innebär att vården ska ges med hänsyn till den enskilda patientens behov, där också behovens storlek styr vårdens prioriteringar. Vården ska vara samordnad och tillgodose patientens behov av kontinuitet. Patienten ska också kunna delta i beslut om vård och behandling. Detta är grunden för en patientcenterad vård. [...]

En jämlik vård innebär att alla ska erbjudas vård utifrån behov, på lika villkor och med gott bemötande, oavsett kön, könsidentitet, könsuttryck, sexuell läggning, etnisk tillhörighet, religion eller annan trosuppfattning, funktionsnedsättning, ålder, bostadsort, utbildning och ekonomi. Att kvinnor och män, flickor och pojkar ska ha samma förutsättningar för en god hälsa samt erbjudas vård och omsorg på lika villkor är ett av de jämställdhetspolitiska delmålen och en förlängning av det övergripande jämställdhetspolitiska målet att kvinnor och män ska ha samma makt att forma samhället och sina egna liv. (prop. 2017/18:1 utgiftsområde 9)

Mer specifika målsättningar finns även för särskilda områden och insatser, vilka bidrar till det övergripande målet för hälso- och sjukvårdspolitiken. Inom ramen för olika författningar finns ytterligare mål för hälso- och sjukvården och dess olika verksamheter.

### *Landstingen anger egna mål i sin övergripande styrning*

I landstingens styrning på övergripande nivå, bland annat genom den så kallade "landstingsplanen", anges många gånger egna, ytterligare mål för verksamheten (SOU 2016:2). Det kan till exempel vara mål som "nöjda patienter" eller "budget i balans" eller olika typer av förbättringsmål.



## 3 Styrning av hälso- och sjukvården

I detta avsnitt beskriver vi övergripande hälso- och sjukvårdens struktur och styrning, med fokus på staten och landstingen. I direktiven lyfts ersättningssystemen fram som en viktig del i styrningen, varför dessa kommer att belysas särskilt.

### 3.1 Ansvaret för hälso- och sjukvården

Det kommunala självstyret är en utgångspunkt i det svenska hälso- och sjukvårdssystemet. Varje landsting har ansvaret för att erbjuda en god hälso- och sjukvård åt den som är bosatt inom landstinget (8 kap. 1 § HSL). Landstingen ansvarar dessutom bland annat för att erbjuda öppen vård åt den som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård (så kallad utomlänsvård), på samma villkor som de villkor som gäller för de egna invånarna (8 kap. 3 § HSL).

I propositionen som låg till grund för den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen (1982:761; prop. 1981/82:97 s. 2) framhölls att staten har ansvaret för den centrala och övergripande planeringen och samordningen av hälso- och sjukvården. Landstingens skyldighet att samordna sin verksamhet med kommuner, andra vårdgivare samt närliggande landsting i syfte att åstadkomma ett samlat och rationellt utbud av vård, framhölls också. Den grundläggande ansvarsfördelningen mellan staten och landstingen avseende utförandet av vården, är i princip oförändrad än i dag efter ikraftträdandet av den nya hälso- och sjukvårdslagen. Visserligen har flera justeringar gjorts i lagen sedan dess tillkomst 1983, men grundprinciperna för ansvarsfördelningen är desamma. Lagens utformning som en ramlag är tänkt

att ge stort utrymme för landstingen att utforma vården efter lokala och regionala behov och förutsättningar.

Utöver det övergripande systemansvar som vilar på staten och huvudmännen återfinns ansvar på flera nivåer inom hälso- och sjukvården. Det avser till exempel följande:

- Vårdgivare – som har ansvar för till exempel de allmänna kraven på all hälso- och sjukvård, såsom att sjukvårdsverksamhet ska bedrivas så att kraven på en god vård uppfylls (5 kap. 1 § HSL)
- Verksamhetschefen – som har ansvar för en specifik verksamhet (4 kap. 2 §)
- Legitimerad personal – som har ansvar för hur hen fullgör sina arbetsuppgifter (6 kap. 2 § patientsäkerhetslagen [2010:659])

#### *Ansvaret för att utföra vård får överlämnas till annan*

Landsting och kommuner får med bibehållet huvudmannaskap sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt denna lag. Av avtalet ska framgå de särskilda villkor som gäller för överlämnandet (3 kap. 16 § kommunallagen och 15 kap. 1 § HSL). Detta ger huvudmännen laglig möjlighet att överlämna utförandet av vården till privata aktörer men även till en annan offentlig aktör, till exempel ett annat landsting.

Det finns följande tre huvudsakliga former för landstingen att överlämna utförandet av hälso- och sjukvården till privata aktörer.

#### *1. Inrättande av vårdvalssystem (eller valfrihetssystem) enligt lagen om valfrihetssystem (LOV).*

Inrättande av vårdvalssystem är den form av överlämnande av ansvaret för utförande som är helt dominerande inom primärvården. Bakgrunden till det är att landstingen är skyldiga att organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (*vårdvalssystem*) och när landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska lagen (2008:962) om valfrihetssystem tillämpas (7 kap. 3 § HSL). Några

landsting har dessutom valt att införa vårdvalssystem för delar av den specialiserade vården.

När ett vårdvalssystem inrättas ska landstinget annonsera löpande i en nationell databas för valfrihetssystem. Såväl privata företag som ideella organisationer kan ansöka om att bli godkända som leverantörer. Alla leverantörer som ansökt om att få vara med i ett valfrihetssystem och som uppfyller fastställda krav godkänns, varefter kontrakt tecknas. Lagen bygger på att det inte råder någon priskonkurrens mellan leverantörerna. Den enskilde ges i stället möjlighet att välja den leverantör som han eller hon uppfattar tillhandahåller den bästa kvaliteten.

### *2. Upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (LOU).*

Upphandlande myndigheter ska följa LOU vid i stort sett all anskaffning, köp, hyra, leasing m.m. av varor och tjänster. Lagen är tvingande när en upphandlande myndighet står i begrepp att göra en anskaffning från en extern leverantör. Däremot gäller inte LOU när den upphandlande myndigheten väljer att utföra uppgifterna inom den egna förvaltningen. Bestämmelserna är olika för upphandling över, respektive under, vissa tröskelvärden och beroende på vilken typ av varor eller tjänster som upphandlingen avser. Utgångspunkten är att offentlig upphandling ska ske på marknadens villkor och att det är marknaden som genom konkurrens kan ge de mest förmånliga villkoren.

### *3. Avtal om läkarvårdsersättning eller ersättning för fysioterapi*

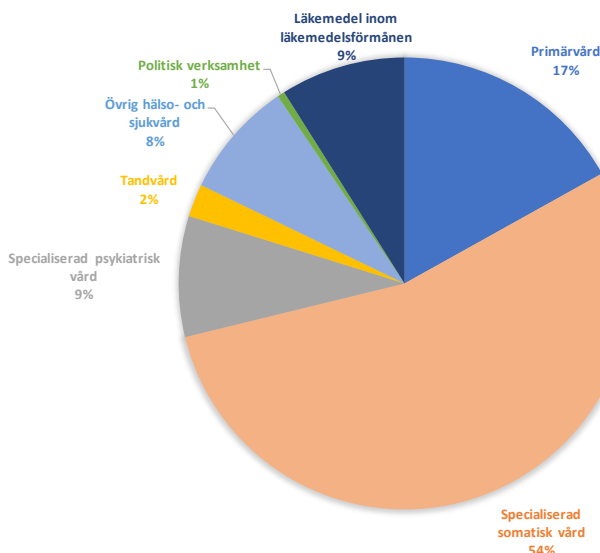
Vissa läkare och fysioterapeuter har en särskild form av etablering (så kallade samverkansavtal) med prestationsbaserad ersättning som brukar benämnas den nationella taxan. Ersättningen utgår enligt en nationell taxa som beslutas av regeringen utifrån ett gemensamt underlag från Sveriges Kommuner och Landsting, Sveriges läkarförbund samt Fysioterapeuterna. Den nationella taxan framgår av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning, förordningen (1994:1121) om läkarvårdsersättning, lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi samt förordningen (1994:1120) om ersättning för fysioterapi.

Det finns även läkare och fysioterapeuter som på grund av olika övergångsbestämmelser har rätt till ersättning enligt den nationella taxan utan att ha ingått något samverkansavtal med landstinget. Det kan vara läkare och sjukgymnaster som tidigare varit anslutna till den dåvarande motsvarigheten till Försäkringskassan (1975–1993) eller som etablerade sin verksamhet under år 1994, då det var möjligt att fritt etablera sig med rätt till offentlig ersättning. Det kan också handla om husläkare som etablerade sig med stöd av lagen (1993:58) om husläkare och som enligt övergångsbestämmelser omfattas av taxestystemet.

### 3.2 Hälso- och sjukvårdens struktur och organisering

Hälso- och sjukvårdens struktur har belysts av flera utredningar de senaste åren (se bland annat SOU 2016:2; SOU 2017:48) Sverige har i en internationell jämförelse en liten primärvård och i stället en stor specialiserad vård, i synnerhet kopplad till sjukhus (Vårdanalys 2017a).

Figur 3.1 Nettokostnader för hälso- och sjukvård efter område

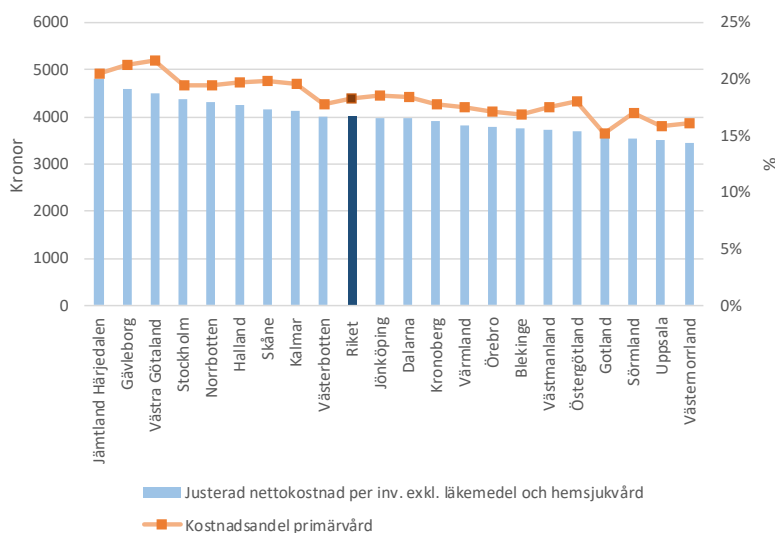


*Källa:* SKL 2016, Statistik om hälso- och sjukvård samt regional utveckling, från [www.skl.se](http://www.skl.se). Rubriken Övrig hälso- och sjukvård avser bland annat sjukresor, FoU, folkhälsofrågor, ambulans- och sjuktransporter.

Primärvårdens nettokostnader per invånare har ökat över tid. Men i relation till vården som helhet handlar det snarare om en generell minskning av primärvårdens andel av hälso- och sjukvården. Till viss del kan det förklaras av att alla landsting utom Stockholm har skatteväxlat och ”kommunaliserat” hemsjukvården, vilken tidigare var en del i den landstingsfinansierade primärvårdens kostnad och uppdrag.

Samtidigt ska det betonas att primärvårdens storlek varierar kraftigt mellan landstingen, från drygt 14 procent av den totala hälso- och sjukvårdskostnaden på Gotland till närmare 22 procent i Västra Götalandsregionen. Variationerna i kostnad framgår av grafen i figur 3.2 nedan. Staplarna i figuren visar den behovsjusterade nettokostnaden per invånare för primärvården. Med *behovsjusterad* avses att man har tagit hänsyn till respektive landstings befolkningsammansättning och geografiska förutsättningar när kostnaden beräknats. Som framgår av figuren finns det inget direkt samband mellan den behovsjusterade nettokostnaden per invånare för primärvården och primärvårdens kostnadsandel totalt (Vårdanalys 2017), även om ett visst mönster kan skönjas.

Figur 3.2 Behovsjusterad nettokostnad per invånare för primärvården samt primärvårdens andel av de totala hälso- och sjukvårdskostnaderna per landsting 2015



Källa: Vårdanalys 2017a

## Hälso- och sjukvårdens struktur beslutas av huvudmännen

Lagstiftningen saknar till stor del bestämmelser som styr hur hälso- och sjukvårdens styrning ska utformas liksom hur vårdens struktur ska se ut. Detta faller i dag i hög grad på landstingen att själva besluta, vilket också kan vara en delförklaring till de variationer i struktur som berördes i föregående avsnitt. Den generellt sjukhustunga strukturen inom hälso- och sjukvården har sannolikt i grunden en historisk förklaring, till exempel i en långtgående institutionalisering av bland annat personer med kroniska sjukdomar inom hälso- och sjukvården under 1960–1970-talet (Socialstyrelsen 2015a). Visserligen har antalet vårdplatser därefter minskat kraftigt men att grundstrukturen inte har ändrats till förmån för en större primärvård kan antagligen sökas i en rad faktorer kopplat till styrning, organiseringen av vården och organisationskulturer i vården (SOU 2016:2).

När det gäller vårdens struktur anges i 7 kap. 4 § HSL att för hälso- och sjukvård som kräver intagning i vårdinrättning ska det finnas sjukhus. Vård som ges under intagning benämns slutna vård (2 kap. 4 § HSL). Annan hälso- och sjukvård benämns öppen vård (2 kap. 5 § HSL). Primärvården ska som en del av den öppna vården utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper svara för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). När det särskilt gäller primärvården anger lagen krav på organiseringen. Av 7 kap. 3 § framgår att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare.



## Hälso- och sjukvården bedrivs till största delen i offentlig regi

Primärvården bedrivs till en något större del i offentlig regi men andelen privata utförare i Sverige har ökat kraftigt sedan vårdval i primärvården började införas i landstingen (inledningsvis på frivillig väg), från 26 procent 2006 till drygt 42 procent 2016.

Andelen privata utförare i *primärvården* ökade kraftigt i samband med införandet av vårdvalssystem i primärvården 2010. Antalet vårdcentraler ökade med 19 procent de första två åren efter vårdvalets införande (Konkurrensverket 2014). Av de nya mottagningarna var 258 privata och 9 offentliga. Åren därefter har enstaka mottagningar etablerats varje år.

Tabell 3.1 Offentliga och privata vårdcentraler inom primärvården 2006–2016

År	Offentliga utförare	Privata utförare	Totalt	Andel offentliga	Andel privata
2006	755	263	1018	74 %	26 %
2007	748	263	1011	74 %	26 %
2008	743	297	1040	71 %	29 %
2009	727	368	1095	66 %	34 %
2010	706	475	1181	60 %	40 %
2011	700	497	1197	58 %	42 %
2012	685	473	1158	59 %	41 %
2013	677	479	1156	59 %	41 %
2014	679	478	1157	59 %	41 %
2015	668	482	1150	58 %	41,9 %
2016	658	486	1144	58 %	42,5 %

Källa: SKL 2018d

Som framgår av tabell 3.2 varierar dock andelen privata utförare inom primärvården stort, från 12 procent i Jämtland-Härjedalen till 53 procent i Stockholm.

Tabell 3.2 Andel privata vårdcentraler inom primärvården i landstingen

Landsting	Andel privata vårdcentraler
Jämtland-Härjedalen	12 %
Norrboten	14 %
Kalmar	15 %
Örebro	16 %
Värmland	18 %
Östergötland	18 %
Dalarna	19 %
Västerbotten	20 %
Blekinge	23 %
Jönköping	24 %
Kronoberg	28 %
Gävleborg	31 %
Sörmland	31 %
Västernorrland	33 %
Västra Götaland	33 %
Halland	39 %
Uppsala	41 %
Skåne	45 %
Västmanland	49 %
Stockholm	53 %

Källa: SKL, verksamhetsstatistik 2016

Nettokostnaden för primärvården uppgick 2016 till 42,5 miljarder kronor. Landstingen producerade själva 61,7 procent medan resterande 38,3 procent köptes från andra aktörer till en total kostnad av 16,3 miljarder kronor. Av privata utförare köptes vård för cirka 15,4 miljarder kronor och från offentliga utförare för cirka 0,9 miljarder kronor. Av cirka 42 miljoner patientbesök i primärvården 2016 gjordes drygt 19 miljoner besök hos privata vårdgivare, motsvarande cirka 45 procent av besöken.

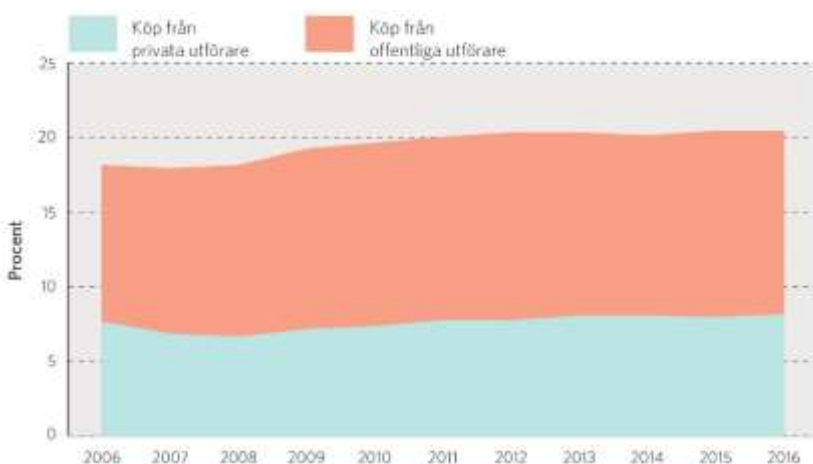
### *Specialiserad vård*

Inom den specialiserade vården redovisas andelen offentligt respektive privat utförd vård främst i form av landstingens köp av verksamhet. Sett till hela den specialiserade somatiska vården utförs den

ännu till stor del i egen regi (inklusive landstingsägda bolag), motsvarande cirka 92 procent av nettokostnaderna, se figur 3.3. Nettokostnaden för specialiserad somatisk vård uppgick 2016 till 135,2 miljarder kronor. Av figuren framgår också att landstingen i högre grad köper vård av varandra, i form av utomlänsvård.

Figur 3.3 Landstingens köp av verksamhet 2006–2016 inom specialiserad somatisk vård

Andel av totala nettokostnaden för specialiserad somatisk vård



Källa: SKL 2018d

Inom specifika delar av den specialiserade vården (i vissa landsting) är dock inslaget av privata utförare större. Införande av vårdval i andra delar av vården än primärvården är frivilligt och har därför införts i olika omfattning. Klart flest införda vårdval finns i Stockholm (37 områden), Uppsala (12 områden) samt Skåne (12 områden). Övriga landsting har endast infört vårdval i specialiserad vård inom något enstaka område och fem av landstingen har endast det obligatoriska vårdvalet inom primärvården (SKL 2018c).

Sett till den öppna specialiserade somatiska vården gjordes knappt 21 miljoner patientbesök 2016. Av dem gjordes drygt 4 miljoner besök hos privata vårdgivare, motsvarande 21 procent av besöken.

Nettokostnaden för specialiserad psykiatrisk vård uppgick 2016 till 21,6 miljarder kronor. Landstingen och regionerna producerar själva 85,7 procent av verksamheten och köper verksamhet för

3,1 miljarder kronor, vilket utgör 14,3 procent. Stockholm läns landsting stod själva för mer än hälften, 1,7 miljarder kronor, av dessa köp. Landstingen och regionerna köpte vård från privata utförare för drygt 2 miljarder kronor vilket motsvarar 9,9 procent av nettokostnaden för specialiserad psykiatrisk vård (SKL 2018d). Av drygt 5 miljoner patientbesök i psykiatri 2016, gjordes drygt 1 miljon besök hos privata vårdgivare, motsvarande nästan 20 procent av besöken.

Sjukhus som lagts ut på entreprenad och därmed drivs helt eller delvis av privata utförare är ännu relativt ovanligt, som exempel kan nämnas lasarettet i Motala, Capio S:t Görans sjukhus i Stockholms läns landsting och Bollnäs sjukhus. Men därutöver finns ett antal privata vårdgivare som har avtal med landstingen och driver elektiv slutenvård inom olika specialiteter, till exempel Ersta sjukhus, Carlanderska sjukhuset, Sophiahemmet, Ryggkliniken i Strängnäs, Capio Movement, Stockholm och Göteborg Spine Center. Det finns också flera exempel på privata vårdgivare som har avtal med landstingen och bedriver rehabilitering eller geriatrisk vård inom slutenvård.

### *Läkare och fysioterapeuter i den nationella taxan*

Den nationella taxan omfattar endast ett mindre antal läkare och fysioterapeuter. Under 2017 var 841 läkare och 1 515 fysioterapeuter verksamma i systemet, som totalt omfattade cirka 2,8 miljarder kronor (SKL 2018e). Det ska ställas mot att totalt 41 848 läkare och 13 031 fysioterapeuter var sysselsatta inom hälso- och sjukvården (2015). Överlägset flest läkare och fysioterapeuter på taxan är verksamma i Stockholm, följt av Skåne och Västra Götaland.

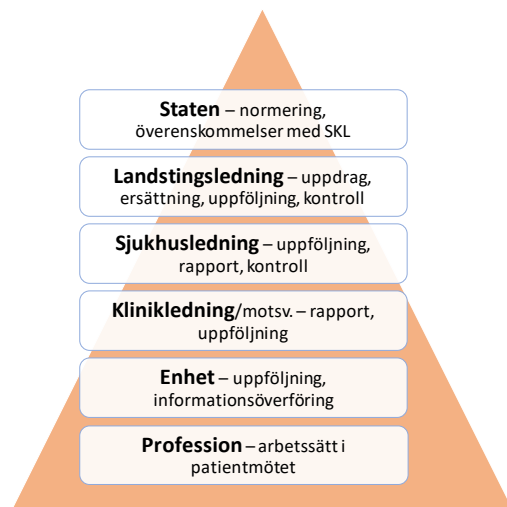
## **3.3 Allmänt om styrning inom hälso- och sjukvården**

Styrning är ett komplext begrepp som kan definieras på olika sätt. Styrning har ett syfte eller mål. Det kan vara att förändra en verksamhet eller ett beteende, men också att se till att en förändring inte sker. Styrning kan därför övergripande definieras som aktiviteter som genomförs för att uppnå mål med hjälp av valda medel (Statskontoret 2005a).

### 3.3.1 Styrning sker på alla nivåer utifrån olika intressen

Hälso- och sjukvården är starkt präglad av att styrningen sker på många nivåer samtidigt. En klassisk uppdelning är att utgå från styrning på makronivå (till exempel staten), mesonivå (till exempel landstingen) och mikronivå (till exempel enheten/vårdcentralen). I realiteten finns fler nivåer som utövar styrning, se figur 3.4. Det finns också styrning som ligger vid sidan av den formella styrningen, till exempel kunskapsstyrning från intresseorganisationer eller företag.

Figur 3.4 Översikt över styrande nivåer med exempel på styrmedel.



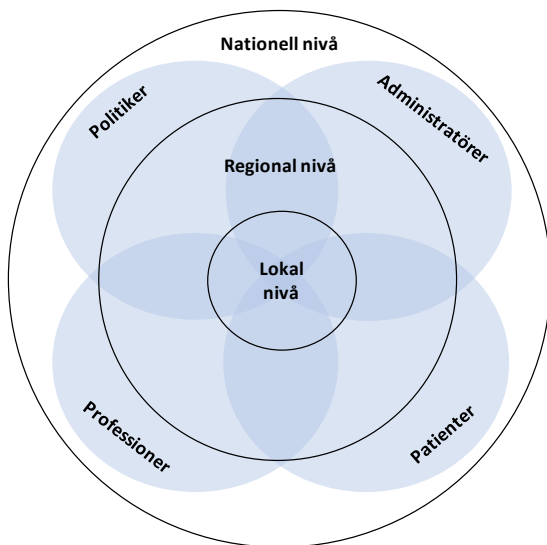
Källa: SOU 2016:2

Ett annat perspektiv som ibland används är att vända pyramiden upp och ned för att betona att varje nivå ”bygger på” styrningen genom stöd till den nivån som skapar nytta. Olika nivåer har olika stödjande roller och styrning sker genom att ledningen skapar förutsättningar och sätter fokus på det man vill uppnå.

Som en del i styrningen på flera nivåer finns det dessutom ett antal ”intressekonflikter” inom landstingen, som påverkar styrningen. Källan till dessa konflikter benämns ibland domäner som präglas av olika logiker, intressen och uppgifter. De tre domäner som brukar nämnas är den politiska, administrativa och professionella domänen. Till detta kommer också patientdomänen (Morén 2015).

På varje beslutsnivå finns därmed styrande horisontella intressen och logiker som påverkar vården. Logiken för beslut och agerande har sin grund i olika rolluppfattningar, vilket bidrar till att det upplevs svårt att styra hälso- och sjukvården eller att få genomslag för styrning.

Figur 3.5 Nivåer och domäner i styrningen



Källa: Fritt från Morén 2015

### 3.3.2 Den sammantagna styrningen i form av styrsystem

Styrsystemen eller den sammantagna styrningen är, givet antalet aktörer och ”logiker”, svårt att ge en rättvisande beskrivning. Mångfalden och avsaknaden av systemtänkande gör att begreppet *styrsystem* rentav är missvisande. Det antyder att det finns en verkligt sammantagen styrning, som hänger ihop mellan nivåer och logiker, vilket ofta inte verkar vara fallet (SOU 2016:2).

Trots detta kan det vara motiverat att tala om styrsystemen för att markera att det är all styrning av någon betydelse som avses. Ett ytterligare skäl till att tala om styrsystemen är att olika styrmedel inte kan optimeras var för sig, utan måste hanteras och kombineras

utifrån deras samlade effekt på det verksamheten ska åstadkomma (SOU 2017:56).

Tillitsdelegationen menar att den sammantagna styrningen åtminstone omfattar följande.

- Regelstyrning  
*Lagstiftning, förordningar, kollektivavtal andra regelverk*
- Prestationsstyrning  
*Bemötande och kvalitet vid produktionen av tjänster (resultat, utan hänsyn till ekonomi)*
- Ekonomistyrning  
*Ekonomisk budgetering och uppföljning*
- Normstyrning  
*Kultur, ledarskap, värdegrund*

Till detta behöver man lägga olika kontextuella *förutsättningar*, som ligger utanför statens, huvudmannens eller organisationens mer omedelbara kontroll. Vi återkommer till dessa förutsättningar i avsnitt 3.3.3.

### Tillitsbaserad styrning

Enligt direktiven ska utredningen ”med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga [...] vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen”. Som nämnts arbetar Tillitsdelegationen parallellt med vår utredning. I delegationens direktiv (dir. 2016:51) lyfter regeringen fram att

[d]et finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheten utvecklas på ett rättssäkert, behovsstyrt, ändamålsenligt, samhällsekonomiskt effektivt sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna.

I Tillitsdelegationens uppdrag ingår vidare att genomföra projekt för idé- och verksamhetsutveckling i kommunal verksamhet som ska

bidra till en tydlig, verksamhetsanpassad och tillitsbaserad styrning som bidrar till att de offentligt finansierade välfärdstjänsterna är behovsstyrda och håller god och likvärdig kvalitet och att de är jämlika, jämställda och tillgängliga.

Grunderna för den tillitsbaserade styrningen har formulerats av Tillitsdelegationen, senast i Forskningsantologin *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik* (SOU 2018:38). Enligt delegationen är kärnan i begreppet följande:

Tillitsbaserad styrning och ledning är styrning, kultur och arbetssätt med fokus på verksamhetens syfte och brukarens behov, där varje beslutsnivå aktivt verkar för att stimulera samverkan och helhetsperspektiv, bygga tillitsfulla relationer samt säkerställa förmåga, integritet och hjälpvillighet.

Den tillitsbaserade styrningen handlar alltså inte om att välja eller avstå från något särskilt styrmedel, utan snarare om *hur* styrningen utformas. Kontroll över verksamheten uppfattas ibland stå i motsats till tillit men delegationen menar att det inte alltid handlar om att gå från det ena till det andra. Det kan handla om att i större grad utöva kontrollen på ett sätt som uppfattas som ett stöd i verksamheten (SOU 2017:56). Tillitsdelegationen menar vidare att ofta går tillit och kontroll hand i hand. Kontroll av kvalitet i de offentligt finansierade tjänsterna är en av flera förutsättningar för att medborgarna ska känna tillit till dessa och av samma skäl är transparens viktigt (SOU 2018:38). Tillit i styrningen behöver inte innebära frånvaro av styrning utan kan snarare handla om hög grad av interaktion mellan den som styr och den som ska styras (Glenngård 2017a). Men det kan ibland krävas mindre styrning och att man i stället aktivt verkar för att skapa förutsättningar och handlingsutrymme för lokalt anpassade lösningar i kärnverksamheten (SOU 2018:38).



### *Vem ska styras?*

Enligt Tillitsdelegationens utgångspunkter bör tillitsbaserad styrning och ledning omfatta hela styrkedjan, från den politiska huvudmannen till medarbetaren på golvet, men också horisontella relationer (SOU 2018:38). Det finns enligt delegationen fem grundläggande relationer för tillitsbaserad styrning och ledning.

- Relation mellan politisk huvudman och förvaltning/utförare
- Relation mellan beslutsnivåer och grupper inom förvaltning/utförande verksamhet
- Relation mellan förvaltning/utförare och medborgare
- Relation mellan förvaltning/utförare och externa tillsynande/granskande och normerande verksamhet
- Relation mellan förvaltning/utförare och relaterad, samverkande verksamhet.

Den åtskillnad mellan administrationens och professionens logiker som görs i figur 3.5 ovan syns inte här, utan båda dessa är inrymda i andra punkten, såvitt får förstås. Det kan därmed finnas skäl att anpassa diskussionen om relationer för tillit till hälso- och sjukvårdens förhållanden. En faktor är också att till exempel staten kan styra på flera nivåer samtidigt, vilket komplicerar diskussionen om tillit.

### **Styrmedel**

Som beskrivs ovan kan den sammantagna styrningen grovt kategoriseras i regelstyrning, prestationsstyrning, ekonomistyrning och normstyrning. Ett överlappande och kompletterande sätt att beskriva styrningen är att utgå från de styrmedel som används.

Det starkaste styrmedlet är vanligtvis att normera på olika nivåer, från lag, förordning, myndigheters föreskrifter till huvudmännens egen reglering i form av riktlinjer m.m. Därutöver finns en stor bredd av styrmedel, som ofta sammanfaller, överlappar och understödjer varandra. De mest traditionella är styrning med kunskap (till exempel information, utbildning, handböcker, kunskaps- och beslutsstöd), styrning med ekonomiska styrmedel (till exempel statsbidrag eller prestationsbaserade ersättningar) samt styrning genom uppföljning,

kontroll och tillsyn. Till detta kommer olika typer av inriktningsdokument som överenskommelser mellan till exempel stat och kommunal sektor, handlingsprogram, policyer, värdegrunder och olika former av målformuleringar (Statskontoret 2005a).

### 3.3.3 Förutsättningarna för styrning inom vården

Många faktorer påverkar styrningen inom hälso- och sjukvården. Tydligast är den ”mångstyrighet” som framskyttat ovan, det vill säga att styrningen utövas av aktörer på flera olika nivåer och utifrån olika intressen (eller domäner). De intressekonflikter som uppstår gör det svårt att genomföra förändring.

Det finns en riklig litteratur om förutsättningarna för implementering, vilket starkt tangerar förutsättningarna för styrning. Implementering betyder genomföra, realisera, förverkliga och verkställa och kan beskrivas som det som sker mellan beslut och resultat (Vedung 2016). Ofta benämns detta förutsättningarna för att ”få genomslag” för styrning av olika slag.

Statsvetenskaplig forskning har under lång tid diskuterat frågan om styrningens form, till exempel som Top down- eller Bottom up-styrning (se vidare SOU 2017:48). Det förstnämnda bygger på tilltro till beslutsfattarens förmåga att vertikalt styra och åstadkomma genomslag för styrningen. Men i praktiken har det visat sig att verksamheter ofta inte är ett ”maskineri” som automatiskt omsätter styrsignaler i praktiken (Pressman 1984). Som ett svar på detta kom Bottom up-styrning, som utgår från en skepsis till beslutsfattarens förmåga att styra implementeringen och betonar professionens utrymme att själv utforma en policy i praktiken (Lipsky 1980). En mellanväg som vuxit fram är styrningsnätverk där självorganisering hos professionella är en viktig del men där yttre ramar sätts av beslutsfattare (Sørensen 2006) och där aktörerna är beroende av varandra. Denna teori kan sägas ligga nära de samverkande domäner som beskrivs i avsnitt 3.3.1.

Förutsättningarna för att få genomslag har beskrivits på olika sätt. Ett exempel kommer från The Health Foundation i Storbritannien och som ligger nära beskrivningen av styrningsnätverk ovan. För att skapa förutsättningar för förändring behövs en systematisk ansats från ledningen och genom organisationen ned/ut till

verksamhetsnivå att förbättra arbetssätt och metoder, i både stort och smått. Det behövs en systematik i att fånga upp befintliga goda exempel på förbättringsarbete och att verka för spridning genom förändringsledare. Det behövs en ”kultur” i verksamheten som innebär att den är mottaglig för förändring, vilket bland annat behöver understödjas genom att tydligt visa på behoven och vad man faktiskt åstadkommer. Första linjens chefer behöver ha ett tydligt uppdrag och ansvar för helheten och för att ständigt pröva förbättringar. Styrningen genom ersättningsystem och på andra sätt behöver både möjliggöra utveckling och visa att utveckling är efterfrågad. För att klara förbättringsarbete kan också krävas praktiskt stöd i form av hjälp med analyser, förändringsmetodik och liknande (SOU 2016:2).

Figur 3.6 Förutsättningar för förbättringsarbete i vården



Källa: SOU 2016:2

### 3.4 Statens styrning av hälso- och sjukvården

Staten förfogar över en rad styrmedel för att styra kommuner och landsting. Vissa av styrmedlen är tvingande till sin karaktär, som lagar och förordningar, medan andra är frivilliga, som stöd och vägledning. Det finns också styrmedel som visserligen är frivilliga men som ändå är starkt styrande, det gäller till exempel allmänna råd och specialdestinerade statsbidrag (Statskontoret 2005). Flera av styrmedlen är av permanent karaktär, även om innehållet kan ändras,

medan andra är avgränsade i tiden. Styrmedlen beslutas på olika nivåer inom staten, se tabell 3.3.

Tabell 3.3 Översikt av vanligt förekommande statliga styrmedel

Styrmedel	Beslut av	Tvingande /frivillig	Information	Uppföljning och utvärdering	Enhetlig definition
Lagar, förordningar och tillsyn	Riksdagen resp. regeringen	Tvingande	Svensk författningssamling (SFS)	Enstaka	Ja
Myndighetsföreskrifter	Myndigheter med bemyndigande	Tvingande	Mynd. webbplatser, SFS (samlat för vård och omsorg)	Enstaka	Ja
Allmänna råd	Myndigheter (följer av bemyndigandet)	Frivillig*	Mynd. webbplatser, SFS (samlat för vård och omsorg)	Enstaka	Ja
Stöd och vägledning	Myndigheter	Frivillig	Mynd. webbplatser (samlat för vård och omsorg)	Delvis samlat (inom vård och omsorg)	Nej
Överenskommelser	Regeringen, SKL och myndigheter	Frivillig	SKL:s webbplats	Delvis samlat och av enskilda ÖK (främst inom vård och omsorg)	Ja
Specialdestinerade statsbidrag	Regeringen	Frivillig	Enskilda beslut redovisas bl.a. i BP.	Delvis samlat och av enskilda bidrag	Nej
Nationella inriktningsdokument	Regeringen, myndigheter	Frivillig eller tvingande	Regeringens, myndigheters och SKL:s webbplatser	Enskilda dokument	Nej
Nationella samordnare	Regeringen	Frivillig	BP, kommittéberättelser m.m.	Enstaka	Nej

\* Allmänna råd är inte bindande men har en annan rättslig tyngd och normerande verkan än riktlinjer och vägledning. Om man väljer att inte göra på det sätt som anges i det allmänna rådet ska man kunna visa att de bindande reglerna ändå uppfylls.

Källa: Statskontoret 2016a

En komplicerande faktor är att statens styrning inte endast riktar sig till mesonivån, det vill säga landstingen. Styrning är också direkt eller indirekt inriktad på kliniknivå, verksamhetschefsnivå eller på enskild nivå riktad till både profession och patienter.

### 3.4.1 Normering

Utgångspunkten för statens styrning är som nämnts ovan hälso- och sjukvårdslagen som i allt väsentligt är en ramlag. I den nya HSL som trädde i kraft 2017 bibehölls ramlagsregleringen. Men det finns trots denna utgångspunkt, en tydlig tendens mot att den statliga styrningen har ökat i omfattning och blivit alltmer detaljerad. Detta gäller för såväl lagstiftning som de statliga myndigheternas föreskrifter. I detta ligger en trend mot en maktöverföring från landstingen i vissa frågor, både till staten och till patienten (Fredriksson 2012). Några exempel på detta är följande:

- regleringen av patientens ställning i patientlagen,
- regleringen av vårdvalsystemen i primärvården, och
- det pågående arbetet med att utforma ett nationellt uppdrag för primärvården (i utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*).

Även om jämlikhet bara delvis uttryckts som en av målsättningarna med dessa reformer kan det antas att regleringen utgår från en premis att staten behöver agera för att utjämna skillnader mellan landsting. Men det finns även flera exempel på särreglering riktad till särskilt utsatta grupper i syfte att skapa förutsättningar för en vård på lika villkor. Några exempel är följande:

- Öppenvård är avgiftsfri för personer som är 85 år eller äldre (17 kap. 3 § HSL).
- Preventivmedel som ingår i läkemedelsförmånerna, till exempel p-piller, är sedan den 1 januari 2017 avgiftsfria för unga under 21 år (lagen [2002:160] om läkemedelsförmåner m.m.).
- Avgiftsfrihet för screening för bröstcancer med mammografi gäller fr.o.m. den 1 juli 2016 (förordningen [2016:660] om avgiftsfrihet för screening för bröstcancer med mammografi).

- Avgiftsfrihet för screening för livmoderhalscancer, med gynekologisk cellprovtagning, gäller fr.o.m. 2018 (prop. 2017/81:1 Utgiftsområde 9, s. 48 och 49).

### 3.4.2 Ekonomisk styrning

Staten styr hälso- och sjukvårdshuvudmännen med ekonomiska styrmedel på flera sätt. De viktigaste styrmedlen är de generella statsbidragen och det kommunalekonomiska utjämningsystemet – som påverkar det ekonomiska utrymmet och ska ge landstingen likvärdiga ekonomiska förutsättningar – samt de riktade statsbidragen. Till detta kommer huvudmännens möjligheter att ta ut avgifter (17 kap. HSL). I sammanhanget kan också nämnas det finanspolitiska ramverket som för kommuner och landstings del innebär att varje kommun och landsting ska budgetera för ett resultat i balans. Balanskravet anger den lägsta godtagbara resultatnivån. Sedan 1992 ska kommuner och landsting ha en god ekonomisk hushållning i sin verksamhet och besluta om riktlinjer för en god ekonomisk hushållning.

Sedan ett drygt decennium har staten i ökad grad använt *överenskommelser kopplade till specialdestinerade statsbidrag* i syfte att prioritera särskilt utvalda områden. Överenskommelserna har normalt träffats med SKL som företrädare för landstingen och har haft karaktären av icke bindande gemensamma prioriteringar där staten använt statsbidrag som delats ut som en prestationsbaserad ersättning till landstingen. Behovet av att tydligare kunna styra och följa upp effekterna av statliga stimulansmedel har bedömts vara den viktigaste orsaken till att detta styrmedel vuxit fram. Ett annat syfte har varit att skapa en gemensam utvecklingsagenda mellan staten och landsting och kommuner (Vårdanalys 2013c). Styrmedlet har utvärderats flera gånger, av bland annat Vårdanalys (2013c) och Riksrevisionen (2014). Några slutsatser har varit att styrmedlet gett kraftiga effekter i de ”styrda” verksamheterna men att konstruktionen med prestationsbaserad ersättning medför en risk för att resurserna inte används effektivt och att en förbättring inom det avsedda området eller för målgruppen inte uppnås. Nedan sammanfattas mycket kortfattat några av de brister som framhållits.

- Ofta pågick en stor mängd satsningar parallellt och utan inbördes synkronisering eller harmonisering med huvudmännens planerings- och budgetcykler.
- Satsningarna var tidsbegränsade och med bristande integration i den löpande verksamheten efter avslutad satsning.
- Satsningarna ledde till oönskade sidoeffekter i form av undanträngning av fungerande verksamheter.
- Kortsiktiga och ”felaktiga” lösningar valdes.
- Uppdrag, mål och vad som ska göras var givet efter en nationell bild, vilket minskade utrymmet för lokal anpassning.

### *Statsbidrag för en mer jämlik vård*

Kritiken mot styrmedlet till trots har staten under de senaste åren beslutat om ett flertal riktade stadsbidrag på hälso- och sjukvårdsområdet med det uttalade syftet att stärka jämlikheten. De prestationsbaserade inslagen i bidragen har dock minskat. I det följande ges några *exempel* på sådana bidrag.

**En mer jämlik och tillgänglig cancervård:** Regeringen avsätter 500 miljoner kronor per år 2015–2018 för att korta väntetiderna inom cancervården och minska de regionala skillnaderna. Syftet är att skapa en mer jämlik cancervård med ökad kvalitet och nöjdare patienter.

**Satsning på förlossningsvård och kvinnors hälsa:** Den regionala variationen vad gäller tillgång till barnmorskor har bedömts vara stor. Regeringen avsatte 200 miljoner kronor under 2015 och har aviserat att årligen 2016–2019 avsätta 400 miljoner kronor till förlossningsvården och 130 miljoner kronor för att stärka kvinnors hälsa, med ett särskilt fokus på insatser i primärvården.

**Vården för personer med kroniska sjukdomar:** Förekomsten av kroniska sjukdomar ökar och ligger bakom merparten av sjukdomsburden i befolkningen. Under åren 2014–2017 har regeringen genomfört insatser för att stärka vårdens förutsättningar att arbeta på ett mer patientcentrerat sätt, att erbjuda vård och behandling som bygger på bästa tillgängliga kunskap och att förebygga utvecklingen av kroniska sjukdomar. För att främja jämlikheten inom hälso- och sjukvården ingick regeringen en överenskommelse med Sveriges

Kommuner och Landsting om insatser för att förbättra vården för personer med kroniska sjukdomar under 2014–2017. Denna satsning omfattade 450 miljoner kronor.

**Insatser för ökad tillgänglighet i barnhälsovården:** Det övergripande målet med överenskommelsen är att öka tillgängligheten i barnhälsovården för grupper som har sämre hälsa och tandhälsa och lägre vaccinationstäckning, genom utökade hembesök eller annan uppsökande verksamhet i främst socioekonomiskt utsatta områden där även följsamheten till vårdprogram kan vara låg.

### 3.4.3 Kunskapsstyrning och uppföljning

Med kunskapsstyrning avses att utveckla, sprida och använda bästa kunskap. Målet är att bästa kunskap ska finnas tillgänglig och användas i varje patientmöte. I kunskapsstyrningen ingår kunskapsstöd, stöd till uppföljning och analys samt stöd till verksamhetsutveckling och till ledarskapet. Ett exempel på statens kunskapsstyrning är Socialstyrelsens Nationella riktlinjer. Ett annat uttryck är att staten gemensamt med landstingen bidragit till utveckling av de nationella kvalitetsregistren sedan 2012. En del i kunskapsstyrningen har även varit den ökande transparensen, till exempel i form av Öppna jämförelser, som först publicerades 2006. Utvecklingen har därefter gått mot att öppet och löpande redovisa vårdens resultat, till exempel på ”Vården i siffror”: [www.vardenisiffror.se](http://www.vardenisiffror.se).

En kritik mot statens kunskapsstyrning är att den under många år varit mycket splittrad och mångfaldig (SOU 2017:48). Kunskapsstödsutredningen gör bedömningen att det finns en medvetenhet om att statens styrning inom området bör gå mot en mer renodlad och samlad styrning, till exempel genom rådet för styrning med kunskap. Statens kunskapsstyrning bör också vara behovsstyrd och utarbetas efter dialog med huvudmännen. Landstingen har också tagit initiativ till en landstingsgemensam struktur för kunskapsstyrning, där landstingen gemensamt ska både ta fram och sprida ny kunskap samt identifiera luckor där staten kan ge bidrag.

Även om ansvaret för uppföljning av hälso- och sjukvården i första hand vilar på huvudmännen har staten en viktig del i detta, i synnerhet när det gäller att skapa en infrastruktur för uppföljning.



Det tydligaste uttrycket för detta är hälsodataregistren (Cancerregistret; Insatser i kommunal hälso- och sjukvård; Läkemedelsregistret; Medicinska födelseregistret; Patientregistret och Tandhälsoregistret). Därutöver har flera myndigheter, till exempel Socialstyrelsen och Myndigheten för vård- och omsorgsanalys uppdraget att följa, analysera och rapportera om hälso- och sjukvård genom bland annat uppföljning och utvärdering.

Staten har också ett eget intresse i att följa upp vårdens jämlikhet. Genom lag har staten delegerat ansvaret för utförande av vården till landsting och kommuner, men delegeringen kan anses vara villkorad i och med de krav som lagen ställer på jämlikhet och tillgänglighet, etc.

### 3.4.4 Kontroll och tillsyn

Staten utövar genom Inspektionen för vård och omsorg (IVO) tillsyn över hälso- och sjukvården och dess personal (7 kap. 1 § patientsäkerhetslagen (2010:659; PSL). Inom ramen för tillsynen ska IVO lämna råd och vägledning, bidra till att avhjälpa brister och missförhållanden, förmedla kunskap och erfarenheter och informera och ge råd till allmänheten (7 kap. 4 § PSL).

Tillsynsuppdraget är i grunden mycket brett och innebär granskning av att verksamhet och personal uppfyller *krav och mål enligt lagar* och andra föreskrifter samt beslut som har meddelats med stöd av sådana föreskrifter (7 kap. 3 § första stycket PSL). Men tillsynen ska främst inriktas på granskning av att vårdgivaren fullgör sina skyldigheter enligt 3 kapitlet i PSL, vilket dels avser att vårdgivaren ska planera, leda och kontrollera verksamheten på ett sätt som leder till att kravet på god vård i HSL upprätthålls, dels att vårdgivaren bedriver ett systematiskt patientsäkerhetsarbete (se 7 kap. 3 § andra stycket PSL).

Tillsynen tycks för närvarande främst vara inriktad på den smalare granskningen av vårdgivarens systematiska patientsäkerhetsarbete snarare än en bredare, stödjande tillsyn i syfte att öka måluppfyllelsen enligt HSL, till exempel när det gäller jämlikhetsaspekter och i vilken utsträckning vård ges efter behov.

Under 2018–2020 kommer IVO prioritera sex riskområden för nationellt samordnade tillsynsinsatser (IVO 2018):

1. Barn och unga med psykisk ohälsa riskerar att drabbas av brister i samordning och en osammanhängande vårdkedja.
2. Personer med funktionsnedsättning riskerar att utsättas för brister i boendemiljö och omsorg.
3. Samsjukliga patienter riskerar att drabbas av bristande tillgång till vård och omsorg.
4. Patienter som kräver multidisciplinärt omhändertagande riskerar att drabbas av brister i vården.
5. Patienter riskerar att inte behandlas utifrån sjukdomsbild och behov – tillgång på platser och personal blir styrande.
6. Personer utsätts för risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik.

### **3.5 Landstingens styrning av hälso- och sjukvården**

Landstingens styrning av hälso- och sjukvården är komplex. Styrningen utövas genom att besluta om den övergripande struktur och organisation och de finansiella ramar för vården som berörs i avsnitt 3.2. Men styrningen utövas också genom att inom dessa strukturella, organisatoriska och finansiella ramar besluta om uppdrag, ansvar och ersättningsmodeller, m.m. för de verksamheter som ska utföra hälso- och sjukvården.

I detta avsnitt kommer vi att lägga särskild vikt vid den senare delen av landstingens styrning. I avsnittet ges dels en översiktlig beskrivning av landstingens styrning och en kort teoretisk bakgrund till ersättningsmodeller i hälso- och sjukvården, dels beskrivs landstingens styrning av primärvården och den specialiserade vården i dag.

### 3.5.1 Landstingens styrning gemensamt

Landstingens ansvar för hälso- och sjukvården (se avsnitt 3.1) gäller i princip landstingen vart och ett för sig. Det finns inget krav i lagen på landstingen att gemensamt ta ansvar för styrningen av hälso- och sjukvården. Däremot finns vissa krav på samverkan. I 7 kap. 7 § HSL anges att i planeringen och utvecklingen av hälso- och sjukvården ska landstinget samverka med samhällsorgan, organisationer och vårdgivare och enligt 7 kap. 8 § HSL ska landstingen samverka med andra landsting i frågor om hälso- och sjukvård som berör flera landsting. Det är inte angivet vare sig i lagen eller i förarbetena mer konkret i vilka frågor landstingen ska samverka. I förarbetena till den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen framhölls bland annat att formerna för samverkan inte enbart ska ”avse sluten och öppen vård utan även medicinsk service, rådgivning, konsultationer och utarbetande av gemensamma vårdprogram m.m., samt vissa frågor rörande utbildning, forsknings- och utvecklingsarbete” (prop. 1981/82:97 s. 72).

Det begränsade gemensamma ansvaret för landstingen kan mot bakgrund av målet om en vård på lika villkor framstå som problematiskt. Flera utredningar har påpekat denna brist. I betänkandet *Effektiv vård* angavs följande (SOU 2016:2).

Utredningen har vid upprepade tillfällen tagit del av utvecklingsarbete och verksamheter där varje landsting/region själva fått bygga upp infrastrukturer, analyser, praktiska och tekniska lösningar och drift. Sällan har dessa enheter/verksamheter haft andra verksamheter att ”låna” lösningar av. Det samlade intrycket är således att det i många frågor handlar om att alla ”utvecklar sitt”. Sett ur ett systemperspektiv är detta inte alltid optimalt. [...] Det saknas i stor utsträckning arenor och mekanismer för att nyttja varandras verksamheter och lösningar.”

#### *Ökat gemensamt ansvarstagande för mer jämlik vård*

Det finns tendenser till att det gemensamma ansvarstagandet ökar. Ett exempel på det är att landstingen under 2017 beslutade om ett nytt system för kunskapsstyrning; ”Samverkan för en mer kunskapsbaserad, jämlik och resurseffektiv vård”. Det nya systemet diskuteras närmare av Kunskapsstödsutredningen (SOU 2017:48). Beslutet om att etablera en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning innebär i korthet att landsting och regioner:

1. arbetar utifrån den gemensamma visionen: ”Vår framgång räknas i liv och jämlik hälsa. Tillsammans gör vi varandra framgångsrika.”,
2. samarbetar inom den gemensamma strukturen för kunskapsstyrning,
3. anpassar sin regionala och lokala kunskapsorganisation till den nationella programområdes- och samverkansstrukturen,
4. långsiktigt säkrar en regional och lokal kunskapsorganisation i enlighet med den nationella strukturen,
5. avsätter resurser regionalt i form av att ta på sig värdskap för ett antal programområden, tillsätter ordförande och processledare för aktuella programområden samt avsätter tid för experter att delta i arbetet,
6. med stöd av SKL, etablerar en gemensam organisations- och styrmodell för en sammanhållen struktur för kunskapsstyrning, och
7. följer och gör de förändringar som krävs regionalt och lokalt utifrån beslut tagna av styrgruppen för strukturen i frågor rörande den nationella strukturen.

Finansieringen för samverksandelarna inom strukturen sker genom landstingsgemensamt avsatta medel (SKL 2017).

Samverkan inom Regionala cancercentrum (RCC) är ytterligare ett uttryck för ett ökat gemensamt ansvarstagande. RCC är en regionalt indelad men nationellt samordnad ”organisation” för gemensamt arbete med bland annat utveckling av nationella vårdprogram, stöd till nationella kvalitetsregister och nivåstrukturering (RCC 2016).

Kommunalförbundet ”Avancerad Strålbehandling” är ett annat exempel på delvis nationell samordning, där Sveriges sju landsting med universitetssjukhus har bildat kommunalförbundet med uppgift att bygga upp och driva Skandionkliniken för protonterapi, se [www.skandionkliniken.se](http://www.skandionkliniken.se).

I vissa andra fall har även SKL försökt skapa ökad enhetlighet och gemensamt agerande landstingen emellan. SKL beslutade under 2018 om en rekommendation om en för alla landsting lägsta nivå för patientavgift vid digitala vårdkontakter i primärvården (SKL 2018g). Under 2017 beslutade SKL en rekommendation till landsting och

regioner om gemensamma utomlänssättningar för digitala vårdtjänster i primärvården (SKL 2017a).

SKL utfärdade våren 2016 rekommendationer om enhetlighet i landstingens och regionernas erbjudande av offentligt finansierad assisterad befruktning, liksom om ersättningssystem och ersättningsnivåer för ägg- och spermiedonatorer.

Landstingen har därutöver beslutat om avgiftsfrihet för vissa grupper. Nästan samtliga landsting har beslutat att barn och ungdom under 20 år inte betalar någon avgift i öppen hälso- och sjukvård och i alla landsting gäller avgiftsfrihet i slutenvården för barn och ungdomar (SKL 2018b).

### **3.5.2 Landstingen använder alla styrmedel parallellt – ersättningssystem är en del**

Till skillnad från statens styrning ges landstingens styrning av vården sällan en samlad beskrivning. I grunden förfogar varje landsting över samma typer av styrmedel som staten. Men skillnader finns också, varav den tydligaste är att endast staten beslutar om normering på övergripande nivå, det vill säga lag och förordning. Landstingen kan besluta om interna ”föreskrifter”, vilket i praktiken används relativt sällan. I stället används en lång rad olika typer av styrande dokument med olika benämningar och ibland oklar status, såsom landstingsplan, budget, strategi, policy, handlingsplan, riktlinje, ”filosofi”, ”syn”, ”regel”, ”kompass”, ”vision” och ”värdegrund” (SOU 2016:2).

#### *Ersättningssystemen är bara en del i styrningen*

I utredningens direktiv betonas särskilt att vi ska kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i ersättningssystemen främja en behovsstyrd vård.

I vårdens verksamheter finns en utbredd uppfattning att den finansiella styrningen genom ersättningssystemen ofta påverkar verksamheterna i störst utsträckning, sett i relation till övriga styr signaler (SOU 2017:56). Men det har visat sig att ersättningsmodellerna ofta får klä skott för annat än själva fördelningsmetoden. Det som framför allt många utförare upplever har störst styrande effekt

är ersättningsnivån. Det kan således finnas en risk i att ersättnings-systemens faktiska betydelse överdrivs. Samtidigt kan ersättnings-modeller få oavsiktliga negativa effekter i verksamheterna och vid utformningen av ersättningsmodeller bör dessa övervägas noggrant (SOU 2017:56).

Vi vill mot denna bakgrund betona att landstingens styrning innehåller många delar som påverkar i styrningshänseende. Nedan beskrivs de främsta delarna.

## 1. Uppdraget

I praktiken tycks landstingens styrning till stor del utgå från uppdraget. Landstingsstyrelsen beslutar årligen om "landstingsplanen", som är det övergripande styrdokumentet för landstingen. Där anges mål, prioriteringar, uppdrag, budget och driftsramar. Landstingsplanen omsätts av de politiska nämnderna och förvaltningen.

Det faktum att primärvården sedan 2010 ska organiseras i form av vårdvalssystem, med tillämpning av lagen (2008:962) om valfrihetssystem innebär principiellt att landstingen har någon form av beställar-utförarmodell. En central del i landstingens styrning av primärvården är därför uppdraget, det vill säga vad som ingår i utförarens åtagande. Detta framgår av förfrågningsunderlaget (ibland synonymt med benämningen regelbok) där uppdraget framgår samt de krav och villkor som gäller.

## 2. Kostnadsansvaret

Med kostnadsansvar avses i vilken mån en enhet eller utförare har ett kostnadsansvar för till exempel medicinsk service eller när patienten besöker en annan vårdgivare.

## 3. Ersättningsmodellen

Med ersättningsmodellen avses dels vilka ersättningsprinciper som används, till exempel kapitering eller prestationsbaserad ersättning, dels på vilket sätt principerna justeras genom viktning på olika sätt, till exempel utifrån socioekonomi.

Som utgångspunkt kan sägas att de tre huvudsakliga kategorierna av ersättning är antingen fast, rörlig eller målbaserad ersättning (eller någon kombination av dessa). De grundläggande ersättningsprinciperna för hälso- och sjukvården inom dessa kategorier är följande.

#### *Fast ersättning*

- Anslagsfinansiering    Innebär att utföraren får ersättning som baseras på en i förväg bestämd budget.
- Kapitering                Innebär att utföraren får en fast ersättning per individ i den befolkning som är knuten till utföraren, till exempel genom listning.

#### *Rörlig ersättning*

- Ersättning per utförd åtgärd/tid    Innebär att utföraren får ersättning utifrån den volym vård som produceras, till exempel besök eller operationer eller andra åtgärder.
- Ersättning per produktgrupp    Innebär att utföraren får ersättning som baseras på ett i förväg fastställt pris på vissa givna insatser. Inom den specialiserade vården används s.k. Diagnosrelaterade grupper (DRG) och vårdepisodersättning.

#### *Målbaserad ersättning*

- Målbaserad ersättning        Innebär att utföraren får ersättning i förhållande till de resultat som uppnås. Används som komplement till övriga ersättningsprinciper.

Kategoriseringen ovan kan i viss mån vara flytande. Ett exempel är att kapitering från utförarens perspektiv kan ses som en rörlig ersättning eftersom antalet individer som ersättningen baseras på är rörligt, på grund av valfriheten.

#### 4. Ersättningsnivån

Med ersättningsnivån avses ersättningens storlek för olika delar i styrmodellen och vilken sammantagen resursram som finns för att bekosta vården.

#### 5. Uppföljning

En ytterligare viktig aspekt av landstingens styrning är uppföljningen. Ökade krav på kostnadskontroll samt produktivitet och kvalitet har inneburit ett ökat inslag av prestationsmätningar i vården på olika sätt. Tillgången till data från kvalitetsregister och andra datakällor har bidragit till detta. Långt ifrån all den prestationsmätning som görs av vårdens verksamheter används för ersättningssystemen. Det kan till exempel i stället handla om att användas som ett stöd för verksamheter att utveckla arbetssätt (Glenngård 2017a).

### 3.6 Nulägesbeskrivning av landstingens styrning av primärvården

I detta avsnitt kommer de ovannämnda delarna av landstingens styrning att belysas kort när det gäller primärvården. Sammanfattningsvis kan konstateras att den ekonomiska styrningen i primärvården i hög grad baseras på kapitationsersättning och att det finns en stor variation i övriga delar av landstingens styrning. Dessvärre finns det ännu få studier och utvärderingar av de olika komponenternas effekter.

Den primära källan till nedanstående uppgifter om landstingens styrning är enkätundersökningar till landstingen som SKL har genomfört. Utgångspunkten för den ena enkäten var en kartläggning som gjordes i en SNS-rapport (Lindgren 2014) av ersättningsmodeller för primärvård och specialiserad vård. Under hösten 2016 har enkäten upprepats av SKL för att belysa utvecklingen av ersättningssystem. Den andra enkäten genomfördes av SKL i oktober 2017 som en del av arbetet med Riksavtalet för utomlänsvård (se ovan) och innehöll frågor om bland annat utomlänrsersättningar, patientavgifter och medicinsk service.



### 3.6.1 Uppdragen varierar men har en gemensam kärna

Ett viktigt sätt för huvudmännen att styra vårdgivares aktiviteter inom vårdvalssystemet är kontraktet eller ”godkännandet” som det ibland kallas. Detta är en förutsättning för att privata mottagningar ska få bedriva primärvård och få ersättning för sin verksamhet inom vårdvalssystemen. De ekonomiska och verksamhetsmässiga kraven på utförare bestäms av respektive landsting. Samma krav ska gälla för privata och offentliga mottagningar. Huvudmännen godkänner privata mottagningar som uppfyller dessa krav och tecknar sedan ett kontrakt som visar att vårdgivaren får bedriva primärvård inom vårdvalssystemet. För offentliga mottagningar tecknas i stället en vårdöverenskommelse per mottagning baserad på samma krav. Godkännandet gäller formellt i två år med automatisk förlängning i de flesta fall. I praktiken gäller godkännandet tills vidare så länge man uppfyller kraven, och uppföljning sker kontinuerligt (Glenngård 2015a).

Förfrågningsunderlaget (eller regelboken, som det benämns av flera landsting) reglerar vilka krav vårdgivare ska uppfylla för att få bedriva primärvård och ta del av offentlig finansiering i respektive landsting. Det är också detta dokument som ligger till grund för det kontrakt som tecknas mellan vårdgivare och huvudmän.

Utformningen av kraven varierar mellan huvudmännen beroende på lokala prioriteringar. En genomgång av förfrågningsunderlagen visar dock att primärvårdens uppdrag generellt är omfattande, med undantag för främst Stockholm. Vårdgivare förväntas ta ett stort ansvar för listade individers behov av öppenvård. Det finns en gemensam kärna som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting, visar en uppföljning av Socialstyrelsen (2016b). Detta omfattar följande:

- Mottagningsverksamhet för planerad (tidsbokad) och oplanerad hälso- och sjukvård inom det allmänmedicinska kompetensområdet, samt inom rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser
- Jourverksamhet, ofta i samverkan med andra vårdenheter
- Läkarsatser i kommunal hälso- och sjukvård
- Medverkan i landstingets smittskyddsarbete, i forsknings- och utvecklingsarbetet samt i kris- och katastrofberedskapen inom länet.

Samtidigt som det finns en kärnverksamhet som ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i samtliga landsting finns det variationer inom ramen för den gemensamma kärnan. Dessa variationer handlar till exempel om på vilken detaljnivå uppdragen är formulerade och om åtagandenas omfattning inom det allmänmedicinska kompetensområdet samt för rehabilitering, psykosociala insatser och hälsofrämjande och sjukdomsförebyggande insatser.

Det varierar även vilka krav landstingen ställer på personalens kompetens. Några landsting har dessutom egna vårdval för rehabilitering eller psykosociala insatser, samtidigt som rehabilitering och psykosociala insatser ingår i grunduppdraget till vårdcentralerna i någon form (Socialstyrelsen 2016b).

*Utredningen samordnad utveckling för god och nära vård* har i delbetänkande den 1 juni 2018 (SOU 2018:39) presenterat en förnyad och utförligare kartläggning av uppdragen i primärvården samt lämnat förslag till ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården.

### 3.6.2 Kostnadsansvaret är i hög grad decentraliserat

En betydelsefull del av villkoren för alla utförare inom primärvården är hur stort ansvar man har för kostnader som uppkommer i andra delar av hälso- och sjukvården men som anses kunna hänföras till en patient som man har ansvar för (genom listning).

#### *Kostnadsansvar för besök*

I 19 landsting har utförarna kostnadsansvar för fysiska besök på en annan vårdcentral i länet. Kostnaden varierar mellan 200 och 700 kronor per besök. Vårdcentralerna har kostnadsansvar för besök hos taxeläkare i 12 landsting och kostnaden per besök varierar mellan 200 och 1 497 kronor.

I 6 landsting har utförarna kostnadsansvar för fysiska utomlänsbesök och kostnaden varierar mellan 500 och 1 950 kronor.

### *Kostnadsansvar för digitala vårdkontakter*

Tidigare uppgifter visar att landstingen i varierande grad gett vårdcentralerna kostnadsansvar för sina listade patienters digitala besök på annan vårdcentral i länet eller i ett annat län (utomlänsvård). Men kostnadsansvaret för digitala vårdkontakter har under det senaste året varit under förändring, mot bakgrund av den snabba framväxten av digitala vårdkontakter, se avsnitt 4.4.1, och det saknas ännu uppdaterade sammanställningar av kostnadsansvaret i denna del.

### *Kostnadsansvar för medicinsk service och läkemedel*

I 11 landsting har utförarna kostnadsansvar för medicinsk service. Bland dem som inte har något kostnadsansvar finns undantag för vissa vårdgivare.

När det gäller kostnader för läkemedel finns också skillnader mellan landstingen. I 15 av 20 landsting har vårdcentralen kostnadsansvar för listade patienters läkemedel. I ungefär hälften av dessa landsting gäller kostnadsansvaret alla läkemedel för enhetens listade patienter.

### *Täckningsgrad används i fler än hälften av landstingen*

I fler än hälften av landstingen justeras ersättningen utifrån *täckningsgrad*, vilket i de flesta landstingen definieras som "andel av samtliga öppenvårdskontakter som sker inom primärvård", det vill säga hur stor andel av patientens besök som görs på "rätt" vårdcentral och på "rätt" nivå i vården. Täckningsgrad kan vara ett komplement och/eller alternativ till rörliga ersättningar, i syfte att ge incitament till att patienterna ska tas om hand på primärvårdsnivå. Men det råder delade meningar om huruvida det är en del av kapitationsmodellen eller en målrelaterad ersättning (Lindgren 2014).

Tabell 3.4 Patientavgifter, ersättningsnivåer och kostnadsansvar i landstingen 2017

Landsting/ region	Patient- avgift läkar- besök	Ersätt- ning läkar- besök egen- listad	Ersätt- ning läkar- besök olistad	Ersätt- ning utom- läns- patient	Kostnad läkar- besök annan VC	Kostnad läkar- besök nationella taxan	Täck- nings- grad
Blekinge	150	150	150	1539	400	400	Ja
Dalarna	200	100	500	1900	500	562	Ja
Gotland	200	80	400	900	400	0	Ja
Gävleborg	200	200	900	1900	700	700	Ja
Halland	150	150	600	1539	450	450	Ja
Jämtland						faktisk kostnad	
Härjedalen	300	300	800	1892	500		Nej
Jönköping	250	150	450	1976	300	700	Nej
Kalmar	200	0	500	1150	500	0	Ja
Kronoberg	150	0	570	1539	570	0	Ja
Norrbottnen	200	200	630	1892	430	530	Nej
Skåne	200	0	350	1497	350	900	Ja
Stockholm	200	250	250	1800	0	0	Ja
Sörmland	0	200	400	1900	200	450	Ja
Uppsala	150	313	626	626	313	0	Nej
Västra							
Götaland	300	N/A	500	500	500	500	Ja
Värmland	200	0	500	1900	500	500	Nej
Västerbotten	200	200	200	1892	200	200	Ja
Väster- norrland	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A
Västmanland	150	110	600	1950	600	0	Nej
Örebro	120	114,8	115	2015	500	0	Ja
Östergötland	200	200	700	2195	500	0	Nej

Källa: SKL 2017

### 3.6.3 Den dominerande ersättningsmodellen är kapitering som viktas utifrån socioekonomi och vårdtyngd

Inom primärvården är ersättning baserad på kapitering numera basen i samtliga landstings ersättningsystem. Graden av kapitering varierar mellan 60–100 procent men i 14 av landstingen utgör kapitering mer än 80 procent av ersättningen. Det har under senare år skett en

rörelse mot ökad kapitering och ett minskat inslag av prestations- och målbaserade ersättningsprinciper.

*Samtliga landsting har infört någon form av riskjustering av ersättningen*

I samtliga landsting finns i olika grader och utföranden riskjustering eller viktning av kapitationsersättningen. Det finns en rad olika sätt att göra en sådan riskjustering.

Alla landsting använder CNI (Care Need Index), där data från SCB ligger till grund för beräkning av förekomsten av sju socioekonomiska variabler inom ett listningsområde. Variablerna definieras på följande sätt:

- Ålder över 65 år och ensamstående
- Utlandsfödd (Östeuropa, Asien, Afrika och Sydamerika)
- Arbetslös eller i åtgärd 16–64 år
- Ensamstående förälder med barn 17 år eller yngre
- Person ett år eller äldre som flyttat in i området
- Lågutbildad 25–64 år
- Ålder yngre än fem år

Näst vanligast är viktning utifrån ålder. Det har dessutom skett en rörelse mot att allt fler landsting använder viktning utifrån lokalisering samt utifrån vårdtyngd, ACG, (Adjusted Clinical Groups), vilket bygger på beräkningar av förväntad resursåtgång beroende på sjukdomshistorik (Lindgren 2014). Endast tre av landstingen viktat ersättningen efter kön.

Av tabell 3.5 framgår att alla landsting använder olika kombinationer och grader av riskjustering. Inga landsting använder identiska ersättningsmodeller. I sju av landstingen finns dock gemensamma nämnare i form av en hög grad av kapitering (>80 procent) och justering på både ålder, ACG och CNI.

Tabell 3.5 Grad av kapitering och riskjustering i landstingen 2016

Landsting	Kapita- tionser- sättning	Ålder	Ålders- grupper	Kön	ACG	CNI	Lokali- sering	Målrela- terad ersättning
Blekinge	100 %	Ja	19	Nej	–	10 %	Nej	0 %
Dalarna	70 %	Nej	–	Nej	80 %	20 %	Nej	3 %
Gotland	85 %	Ja	6	Nej	–	1 %	Nej	2 %
Gävleborg	80 %	Ja	6	Nej	12 %	4 %	Ja	1 %
Halland	90 %	Ja	9	Ja	–	10 %	Nej	0 %
Jämtland- Härjedalen	93 %	Ja	21	Nej	–	14 %	Ja	0 %
Jönköping	87 %	Ja	6	Nej	61 %	12 %	Nej	2 %
Kalmar	69 %	Nej	–	Nej	28 %	28 %	Ja	1 %
Kronoberg	100 %	Ja	5	Nej	75 %	15 %	Nej	2 %
Norrbottnen	66 %	Ja	6	nej	25 %	10 %	ja	1 %
Skåne	92 %	Nej	-	Nej	80 %	20 %	Nej	1 %
Stockholm 1)	60 %	Ja	3	Nej	–	20 %	Ja	2 %
Sörmland 2)	71 %	Ja	4	Nej	0,3 %	2 %	Ja	1 %
Uppsala län	62 %	Ja	4	Nej	–	15 %	Ja	5 %
Värmland	94 %	Ja	100	Ja	31 %	2 %	Ja	0 %
Västerbotten	85 %	Ja	5	Nej	–	2 %	Ja	2 %
Väster- norrland	80,50 %	Ja	4	Nej	36 %	18 %	Nej	1 %
Västmanland	78 %	Ja	4	Nej	23 %	18 %	Nej	2 %
Västra								
Götaland	90 %	Ja	101	Ja	50 %	2 %	Ja	3 %
Örebro län	85 %	Ja	4	Nej	–	10 %	Ja	5 %
Östergötland	98 %	Ja	2	Nej	79 %	12 %	Ja	0 %

Källa: SKL 2016

### *Målrelaterade ersättningar och prestationsbaserad mätning*

En trend i ersättningssystemen under senare år är att de målrelaterade ersättningarna minskar i antal och när det gäller ersättningens storlek. I genomsnitt är det endast någon procentenhet av den totala ersättningen som avser målrelaterad ersättning i landstingen.

Indikatorer för att mäta prestationer har även de minskat i antal men är fortfarande ganska vanligt förekommande. Gradvis har prestationsmätningen börjat användas till att vara ett stöd i det löpande arbetet med att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten

kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. Att involvera medarbetare ute i verksamheterna tycks ha varit en viktig faktor för att uppföljning av indikatorer ska kunna utgöra stöd i verksamhetsutveckling och kvalitetsarbete (Glenngård 2017a).

### 3.6.4 Ersättningsnivåerna varierar mellan landstingen

Den samlade ersättningen till utförare inom primärvården består av flera delar. Viktigast är som framkommit ovan kapitationsersättningen men även till exempel målrelaterade ersättningar och patientavgifter ingår. I våra intervjuer framkommer att ersättningsnivåerna inom primärvården har relativt stora variationer. Samtidigt gör skillnaderna i framförallt uppdrag och kostnadsansvar att det är svårt att jämföra ersättningsnivåer mellan landsting.

#### *Patientavgifter*

Landstingen har frihet att ta ut olika avgifter för olika typer av tjänster. Det innebär till exempel att avgifter kan differentieras mellan yrkeskategorier, mellan olika tider på dygnet och mellan olika typer av kommunikations- och besöksformer (fysiskt, telefon, digitalt) (SKL 2018g). En mindre del i ersättningen inom primärvården består i patientavgiften. SKL:s enkätundersökning 2017 visade att alla landsting utom ett (Sörmland) tar ut en patientavgift för fysiska besök hos allmänläkare i primärvård, se tabell 3.4. Avgiften varierar mellan 100 kronor och 300 kronor. I stort sett alla landsting har samma patientavgift för digitala som fysiska läkarbesök. Totalt 13 landsting har samma avgift för sjukvårdande behandling som för läkarbesök; i övriga är avgiften lägre för sjukvårdande behandling. I några få landsting är besök hos sjuksköterska kostnadsfritt. Alla landsting utom ett tar samma patientavgift för listade och olistade patienter. Det saknas ännu underlag när det gäller patientavgifternas effekter på efterfrågan.

### 3.6.5 Uppföljningen går mot ökad dialog

Samtliga huvudmän använder en kombination av dialog och prestationsmätning för att följa upp hur väl vårdgivare lever upp till de krav som ställs i förfrågningsunderlagen samt som grund för att utveckla primärvården (Glenngård 2017a). Antalet indikatorer i uppföljningen tycks ha minskat under senare år, vilket efterfrågats i flera utredningar (SOU 2016:2 och SOU 2017:56).

Den informella styrningen i form av dialog mellan beställare och utförare är ett viktigt komplement till den mer formella uppföljningen genom prestationsmätningar samt genom ersättningssystemen. I en enkät som genomfördes 2016 uppgav 19 landsting att regelbunden dialog med samtliga utförare genomförs (Glenngård 2017a). Dialogen avsåg att skapa förståelse för uppdraget, utkräva ansvar, skapa verklighetsförankring inför revideringar av förfrågningsunderlag samt att ge stöd till lärande och utveckling. Men det finns tecken på att uppföljningen genom dialog behöver stärkas (SOU 2016:2). En intervjustudie till beställarchefer och vårdgivare visar att utrymmet för dialog är begränsat och att mötena tenderar att bli informationstunga. Privata utförare menar att det finns en generell miss-tänksamhet mot privata vårdgivare och att dialogen inte innebär ett reellt inflytande för utförarna (Vårdföretagarna 2015).

Huvudmännens syn på dialog är att denna form är något mer stödjande än uppföljning av indikatorer men endast marginellt på övergripande nivå. Däremot finns ett starkare samband mellan huvudmännens syn på rollen för uppföljning av indikatorer och användning av dialog. Ju högre förekomst av dialog desto mer stödjande uppfattas den uppföljning som baseras på indikatorer. Vid dialogmöten kan utfallet i indikatorerna sättas i ett relevant sammanhang och utgöra underlag för en diskussion om förbättringsarbete (Glenngård 2017a).

En fråga som aktualiseras särskilt för primärvårdens del är att det i stora delar saknas kvalitetsregister och andra datakällor som kan medge uppföljning och jämförelser. En utveckling på detta område är *PrimärvårdsKvalitet* som är ett nationellt system under uppbyggnad för kvalitetsdata i primärvården. Syftet är att ge stöd för vårdcentralerna att följa upp och förbättra sitt arbete.



### 3.7 Nulägesbeskrivning av landstingens styrning av den specialiserade vården

Styrsystemen i den specialiserade vården skiljer sig mycket från primärvården. Det finns antagligen flera skäl till detta. Den specialiserade vården är både mer omfattande och komplex samt har ett annat uppdrag. Det finns i synnerhet inom sjukhusen komplexa samband på olika ledder och nivåer och en hypotes är att svårigheterna att genomskåda hur resurserna kan styras, fördelas och användas leder till att en enkel anslagsfinansiering används. Även om det inte framkommer särskilt tydligt i lagtexten har primärvården ett första linjens ansvar för befolkningens behov av vård, vilket förstås får motivera ersättningar som främjar utförare att ta ett helhetsansvar.

Ersättning inom den specialiserade vården är med undantag för DRG-ersättning (diagnosrelaterade grupper) också mycket mindre studerad än ersättning inom primärvården. Ett skäl till det kan vara att den ökande graden av privata utförare inom primärvården drivit fram försök att både studera och justera ersättningarna från beställarnas sida. Den specialiserade vården bedrivs däremot fortfarande i stor utsträckning i offentlig regi, se avsnitt 3.2.

#### **Anslagsfinansiering är den dominerande ersättningsprincipen i specialiserad vård**

*Egenregiverksamheten är anslagsfinansierad*

Specialistvård i öppen och sluten vård, som bedrivs i egen regi, är till största delen anslagsfinansierad. I några landsting har man avsatt en mindre del som målrelaterad ersättning, men trenden går mot att denna ersättning används av allt färre landsting (SKL 2016).

*Vårdvalssystem finns i några landsting och ersätts enligt andra principer*

I 16 av landstingen finns minst ett vårdval i specialistvården och där använder därvid främst prestationsbaserad ersättning som utgår från registrering av diagnoser och åtgärder.

Några landsting upphandlar dessutom specialistvård i privat regi, och även i de fallen är prestationsbaserad ersättning den vanligaste ersättningsformen.

I sju av landstingen används så kallad vårdepisodersättning för vissa av vårdvalssystemen i specialiserad vård.

#### *Den nationella taxan är ett eget ersättningssystem*

Den nationella taxan är ett särskilt ersättningssystem som bygger på prestationsbaserad ersättning som beslutas av staten (se avsnitt 3.2). När det gäller läkarvårdsersättning innehåller förordningen detaljerade bestämmelser om förutsättningarna för att arvode ska lämnas. Till exempel ska läkarens vårdinsatser i direkt kontakt med patienterna i genomsnitt per kalendermånad uppgå till minst ett angivet antal minuter. Varje läkarbesök skall vidare omfatta

1. anamnesupptagning innefattande psykosociala faktorer och undersökning med för specialiteten vedertagna undersökningsmetoder
2. bedömning och rådgivning eller information, eller
3. behandling med för specialiteten vedertagna behandlingsmetoder.

I förordningen anges vidare arvoden per besök för olika specialiteter samt takbelopp (i två steg) för maximalt sammanlagt mottaget arvode. I bilaga till förordningen finns dessutom en uppräknig av de särskilda åtgärder som föranleder särskilt angivna arvoden. Motsvarande bestämmelser om ersättning för fysioterapi finns i den förordningen.

#### **Det saknas jämförelser av uppdrag och kostnadsansvar för den specialiserade vården**

Utredningen har inte kunnat finna några mer samlade beskrivningar och analyser av uppdrag och kostnadsansvar för den specialiserade vården. Vi återkommer till detta i avsnitt 5.

## 4 Vårdkonsumtion hos olika grupper

I detta avsnitt redogör vi för de olika data och studier som har tagits fram senaste åren vad gäller hur olika socioekonomiska grupper konsumerar vård. Kapitlet är indelat i fyra olika delar. Vi inleder med att presentera varför socioekonomi är intressant att studera i sammanhanget, men också med att betona att det är svårt att dra slutsatser utan att ta hänsyn till andra grupper och indelningar. Därefter presenteras data över vårdbesök samt statistisk analys av vårdkonsumtionskostnader. Det tredje avsnittet beskriver tillgänglighet ur olika aspekter. I det fjärde avsnittet ges några exempel på konsumtion utifrån olika nivåer, baserat på ett urval av olika studier som har analyserat frågan djupare.

### 4.1 Flera faktorer har ett samband med socioekonomi

Som socioekonomiska bakgrundsvariabler används ofta inkomstnivå, utbildningsnivå och ibland födelseland. Andra faktorer som påverkar vårdkonsumtion – och som samtidigt på olika sätt kan hänga samman med de socioekonomiska variablerna – är kön och ålder. Även klyftor mellan stad och landsbygd är högst relevanta, liksom geografiska skillnader i allmänhet, såväl på grund av olika utformning av vårdssystem som skillnader i tillgänglighet, demografi och resurser etc. Samtliga dessa variabler har ofta ett samband med socioekonomi, varför det blir bristfälligt att enbart skära utifrån utbildningsnivå och inkomstnivå. Vi försöker bredda analysen i detta avsnitt, samtidigt som vi främst lägger tyngdpunkt på uppdraget, det vill säga att följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande

varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.

*Geografi, ålder och kön har alla en relation till socioekonomi*

Geografisk-demografiska förutsättningar skiljer sig mellan stad och landsbygd, vilket hänger tätt samman med socioekonomiska variabler. Folk fortsätter att flytta in till städer, vilket skapar utmaningar kring boende, segregation och utanförskap i urbana områden (Melander & Bjerke 2017). För landsbygden kan det i stället innebära en minskad befolkningstillväxt. De som flyttar ifrån landsbygden är dessutom ofta unga vilket gör att den demografiska utvecklingen på landsbygden karakteriseras av att medelåldern ökar, arbetskraften blir äldre och färre barn föds. De yngre som flyttar ifrån landsbygden eller mindre kommuner gör det ofta för att skaffa sig en högre utbildning. Stockholm, Göteborg och Malmö huserar i dag omkring 60 procent av landets högutbildade. Många av dem som flyttar för att utbilda sig flyttar aldrig tillbaka till orten de kommer ifrån. Detta har såklart även en inverkan på var företag och annan verksamhet väljer att etablera sig. Lönerna är dessutom ofta lägre i mindre kommuner. Allt detta har också en bäring på möjlighet att rekrytera kompetenser till vårdenheter etc. Socialstyrelsen (2018b) betonar att utbildningsnivån skiljer sig mellan olika län och att det är "(...) en särskild utmaning för hälso- och sjukvårdssystemet att verka för att utbildningsnivån inte ska påverka utfallet av systemets insatser" i län där en hög andel av befolkningen enbart har grundskoleutbildning.

Ålder har en inverkan på behov av vård och på vilken typ av vård man behöver. Ålder har också en tydlig koppling till utbildningsnivå eftersom en större andel i dag läser vidare på universitet eller högskola än för bara ett par decennier sedan. Statistiska centralbyrån (SCB) visar att andelen som i dag har läst minst tre år efter gymnasiet är 27 procent. Motsvarande siffra år 1990 var 11 procent. Kvinnor läser i dag vidare i större utsträckning än män, vilket gör att utbildningsnivå också har ett samband med kön. Åldersgruppen 55 till 64 år har störst andel lågutbildade. Även här är det en mindre andel män än kvinnor som har högre utbildning. Det finns också en liten skillnad mellan grupper beroende på var man är född: personer

födda i Sverige har i lite större utsträckning läst vidare än personer födda i ett annat land.

Kvinnor lever också längre än män. Det finns också flera studier som visar att kvinnor och män har olika sökbeteende i vården och att de även får olika vård när de väl besöker vården.

### *Slutsatser bör dras med försiktighet givet avgränsningarna*

Som har redogjorts för ovan finns alltså samband mellan olika variabler såsom inkomst, utbildningsnivå, kön, ålder, och skillnader mellan stad och landsbygd. Detta avsnitt redovisas i enlighet med uppdraget i direktiven och det är viktigt att läsaren bär med sig följande:

- Fokus ligger främst på konsumtion av vård. Detta betyder i första hand olika typer av kontakt med vården, och inte behandling eller utfall. Detta ger en begränsad bild av jämlikhet i vården.
- Fokus ligger främst på socioekonomiska indelningar.
- Problem – och eventuella lösningar – har inte alltid med vården att göra. Vården kan åtgärda vissa ojämlikheter i konsumtion av vård, men långt ifrån alla. Slutsatser och förslag till lösningar bör bära med sig detta.

Utöver detta följer kapitlet de avgränsningar som har gjorts för betänkandet som helhet, se avsnitt 1.4.

#### **4.1.1 Det finns ett samband mellan socioekonomi, hälsa och vårdbehov**

Socioekonomisk tillhörighet har ett samband med hälsa och därmed också ett samband med vårdbehov. Olika studier tyder på att personer med högre inkomst och högre utbildning också har en bättre hälsa, och tvärtom. Det är en av anledningarna till att det är intressant att studera hur olika socioekonomiska grupper konsumerar vård.

Socialstyrelsen skriver i sin lägesrapport om tillståndet för hälso- och sjukvården 2016 att folkhälsan i Sverige fortsätter att utvecklas positivt, vilket bland annat märks genom ökad medellivslängd och förbättrade levnadsvanor (Socialstyrelsen 2016a). Samtidigt fortsätter

hälsoskillnaderna mellan olika socioekonomiska grupper att öka. De mest förekommande dödsorsakerna i befolkningen är vanligare bland personer med kort utbildning. Detta gäller till exempel hjärtsjukdom, stroke, cancer, olyckor, självmord och alkoholrelaterade diagnoser. Personer med kort utbildning rapporterar också sämre allmänt egenskattat hälsotillstånd (Socialstyrelsen 2014a). Det finns exempel på det motsatta också; exempelvis beräknas individer med eftergymnasial utbildning oftare ha nedsatt psykisk hälsa än de med kortare utbildning. Men klyftan är inte densamma för alla indikatorer som rör psykisk ohälsa. Exempelvis är självmord vanligare bland kvinnor och män med grundskoleutbildning än motsvarande grupper med högre utbildning. Och andelen unga som söker psykiatrisk vård för ångest och depressioner har framför allt ökat bland unga mödrar med kort utbildning. På ett generellt plan ser vi att grupper med lägre socioekonomi har ett högre vårdbehov vilket i sin tur innebär att de som tillhör dessa grupper också bör konsumera mer vård än befolkningen i övrigt.

Studier visar att personer med lägre socioekonomi tenderar att söka vård i ett senare skede än övriga grupper, vilket gör att behovet har hunnit bli större, och ibland kanske att behandlingsmöjligheterna har minskat (Kristenson 2017). I en underlagsrapport till Kommissionen för jämlik hälsa konstateras att det nog finns många möjliga förklaringar till varför det är så. En möjlig förklaring är bristande tillit till såväl välfärdssystem som enskilda vårdgivare (Kristenson 2017). Vidare fastslås att vården är en viktig aktör i arbetet med att utjämna hälsoskillnader i befolkningen, men att det är viktigt att komma ihåg att mycket annat också spelar in. Flera olika aktörer bidrar till att bygga upp tillit till välfärdssystemet (Kristenson 2017).

#### **4.1.2 Genom bemötande kan vården kompensera för vissa ojämlikheter**

Som nämnts ovan kan kulturella aspekter ha betydelse för konsumtion av vård, exempelvis kan tillit till välfärdens institutioner påverka om vi söker oss till vården eller inte. Hälsolitteracitet är ett begrepp som beskriver en persons förmåga att ta till sig information som rör ens hälsa, både vid ohälsa och vid hälsa. En lägre sådan förmåga kan alltså innebära en sämre hälsoutveckling. För bättre hälsolitteracitet

behövs både kognitiva och sociala färdigheter hos individen, och information som är lättillgänglig, relevant och tillförlitlig (Mårtensson 2011).

Hälsolitteracitet har samband med utbildning och även med ålder (Vårdanalys 2016b). I enkätundersökningen Nationell Patientenkät (NPE) från 2017 fick deltagarna svara på frågan ”förklarade läkaren medicineringen/behandlingen på ett sätt som du förstod?”. En analys av svaren på frågan visar att det finns både skillnader mellan utbildningsnivå och ålder när det gäller att förstå förklaringen av medicineringen eller behandlingen (Socialstyrelsen 2018a). Patienter som saknar en avslutad utbildning uppger i mindre utsträckning att de förstår läkarens förklaring jämfört med patienter som har en eftergymnasial utbildning. Patienter 60–79 år svarar i högre utsträckning att de förstår jämfört med patienter över 80 år.

Kommissionen för jämlik hälsa skriver i sitt betänkande att begreppet ”hälsolitterat organisation” i dag används allt oftare i samband med vårdorganisation för att tydliggöra ansvaret hos den som förmedlar information (SOU 2017:47). Detta är alltså en indikation på att vårdgivaren kan bidra till bättre hälsa och bättre genomslag för behandlingar genom att anpassa hur de kommunicerar med patienter, och att säkerställa att det som förmedlas i mötet verkligen uppfattas av patienten.

## 4.2 Analys av vårdkostnader och vårdbesök

Utredningen har haft möjlighet att ta del av data från några olika landsting för att analysera hur bakgrundsfaktorer hänger ihop med vårdkonsumtion. Den ena typen av data är vårdkostnadsdata som ger möjlighet att analysera samvariation mellan olika bakgrundsfaktorer och vårdens kostnader. Eftersom vi har information om antal individer i varje grupp samt antal individer i populationen i den gruppen ger vårdkostnadsdata också möjlighet att studera hur olika bakgrundsvariabler samvarierar med sannolikheten för besök för de olika grupperna. Den andra typen av data består av aggregerade data med olika gruppers genomsnittliga antal besök till olika vårdnivåer under en given tidsperiod.

Metod och data beskrivs nedan. Därefter följer en presentation av resultaten från analyserna. För den som vill studera analyserna närmre går dessa att hitta i bilaga 4.

### *Vårdkostnadsdata från Norrbotten, Skåne och Västra Götaland*

Utredningen har analyserat individbaserade kostnadsdata och kontaktdata från landstingen i Skåne, Västra Götalands och Norrbottens län. Data är för perioden 1 januari 2016 till 31 december 2016. Kostnaden inkluderar alla typer av landstingsfinansierad vård förutom tandvård och innefattar inte heller kostnader för läkemedel. Data från Region Norrbotten innehåller inte uppgifter från privata utförare, vilket innebär att vi saknar data för ungefär 2 procent av vårdtillfällena i Norrbotten. Detta bör hållas i åtanke, men i sammanhanget kan också noteras att andel privata utförare i primärvården i Norrbotten var 14 procent år 2016. Detta kan jämföras med 33 och 45 procent i Västra Götaland respektive Skåne.

Vi gör två analyser, den ena rör vårdkostnad och den andra rör hur variabler samvariera med sannolikhet för besök i vården. De oberoende variabler som ingår i analysen är kön, ålder, sysselsättning, inkomst, boendesituation, utbildningsnivå, vistelsetid i landet, härkomst samt boende i något av de tre landstingen.

Genomsnittlig vårdkostnad per person utgör kostnadsanalysens beroende variabel. Kostnaderna kopplas till de ovan nämnda variablerna på individnivå. De individdata har sedan aggregerats upp på gruppnivå baserat på de bakomliggande variablerna som förklaras i bilaga 4 och ger oss ungefär 10 000 grupper. Varje grupp motsvarar därefter en observation i de regressionsanalyser som görs. Genom denna analys kan vi förstå vilka bakgrundsvariabler som samvarierar med kostnader för hälso- och sjukvård. Eftersom data inte innehåller uppgifter om sjuklighet kan vi inte rakt av tolka att analyserna visar på vårdbehov.

Samma bakgrundsvariabler används därefter för att studera hur de olika variablerna samvarierar med sannolikheten att ett eller flera vårdbesök sker. Vi studerar då andelen individer i de olika grupperna som besöker minst någon del av vården en eller flera gånger.



Analysen kontrollerar för flera faktorer och med hjälp av de ingående variablerna kan 61 procent av variationen i kostnaderna förklaras. Det finns givetvis fler faktorer som förklarar kostnaderna för vård men som inte ingår i modellen. Dessa utelämnade variabler antar vi inte påverkar modellen systematiskt. Med tillägg för några ytterligare variabler i denna analys, följer urvalet av variabler det urval som Kostnadsutjämningsutredningen arbetar med för att ta fram en matris för det kommunala utjämningsystemet.

#### *Vårdbesöksdata från Dalarna, Stockholm och Västra Götaland*

Utredningen har också tagit del av besöksdata från landstingen i Dalarnas, Västra Götalands och Stockholms län. Data visar på antal besök till olika vårdnivåer. Data består av tre separata material som är aggregerade i lite olika form och avser olika tidsperioder. Jämförelser mellan landstingen görs därför inte som regel.

För Dalarna kan vi undersöka skillnaden i antal vårdbesök från år 2016 till och med maj 2018 i relation till olika bakgrundsvariabler. Denna analys beskrivs också i bilaga 4.

För Västra Götalandsregionen avser data åren 2010 till 2015 och för Stockholm läns landsting avser data år 2017.

#### **4.2.1 Flera variabler samvarierar med kostnad för vård, sannolikheten att besöka vården och med antal besök**

Nedan presenteras resultat av de olika analyserna. Olika data och olika analyser ligger till grund för resultaten. Analyserna på de olika dataseten stärker i viss mån resultaten, men samtidigt innebär olikheter i data vissa svagheter, exempelvis kan skillnader som framkommer ibland tänkas bero på det. Det finns också svagheter i att grupperna är olika stora – vissa grupper i dataseten är mycket små, men ges lika stor vikt i regressionsanalysen. Slutligen utgör det faktum att sjuklighet inte finns med som variabel en svaghet vad gäller förutsättningar att utifrån analyserna dra slutsatser kring behov. Utifrån analyserna ser vi att det finns olika samband mellan bakgrundsvariabler och vårdkonsumtion, vi kan dock inte med säkerhet säga exakt hur de påverkar varandra. Analysen ger en intressant grund för utredningens fortsatta arbete.

*Mäns vårdkostnader är i genomsnitt lägre än kvinnors, men skillnader förekommer över ålder*

Vid gemensam analys av de tre landstingens data ser vi att män har en lägre vårdkostnad än kvinnor, när alla andra variabler hålls konstanta. Detta bekräftas också av besöksanalysen på samma dataset som visar att män i genomsnitt besöker vården i mindre utsträckning än kvinnor. Andelen män som haft kontakt med vården under 2016 är 77 procent och andelen kvinnor är 88 procent. Besöksdata från Dalarna visar också att män i genomsnitt gjorde färre besök jämfört med kvinnor under år 2016.

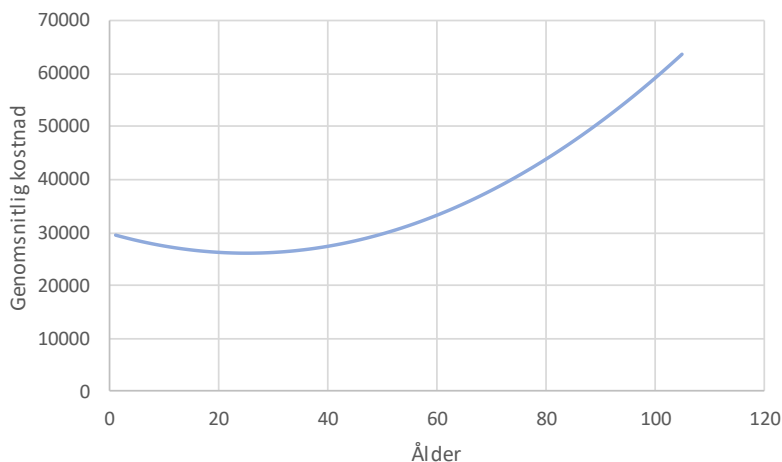
Skillnaderna i kostnad mellan män och kvinnor är större för åldersintervallet 25–40 år. För att ta hänsyn till att mödra- och förlossningsvård torde driva upp kostnaden för kvinnor under vissa år skapar vi en så kallad dummy-variabel för kvinnor i ålder 25 till 40. Med denna variabel inkluderad har män en högre genomsnittlig kostnad än kvinnor, när de befinner sig utanför åldersintervallet 25–40. Analysen säger ingenting om hur stor del av skillnaden i kostnad som verkligen utgörs av just mödra- och förlossningsvård, men resultaten visar att om vi kontrollerar för kvinnor i fertil ålder har män i genomsnitt högre kostnader än kvinnor.

Resultaten är dock inte robusta när de tre dataseten analyseras separat. Besöksanalysen är robust i alla tre landsting men kostnadsanalyserna med eller utan dummy-variabler varierar något.

*Ålder har en icke-linjär effekt*

Ålder har en icke-linjär effekt på vårdkostnader som är formad som ett "U" (se figur 4.1). Detta innebär att individer som är 0 år gamla kostar mer än individer som är 1 år. De i sin tur, kostar mer än individer som är 2 år och denna trend fortsätter ända ner till en brytpunkt vid 35 års ålder. Därefter börjar kostnaderna öka och individer som är 36 år kostar alltså mer än individer som är 35 och så vidare. Vid 50 år börjar individer, givet allt annat, att kosta mer än en 0-åring, därefter fortsätter kostnaderna att öka med åldern.

Figur 4.1 Genomsnittlig kostnad och ålder  
Grafen visar variation i kostnad över ålder



Källa: Norrbotten, Västra Götaland och Skåne 2016

För Dalarna kan vi på grupp nivå undersöka skillnaden i antal vårdbesök under år 2016 baserat på bland annat ålder. Analysen bekräftar resultaten från kostnadsdataanalysen. Små barn besöker vården fler gånger per år än individer mellan 6 och 64 år. Personer äldre än 75 år besöker årligen vården mer än personer i åldern 19–39.

*Sysselsättning, inkomstnivå och utbildning visar ett likartat mönster – men avvikelser förekommer vid högre ålder*

Arbete, inkomstnivå och utbildningsnivå är alla klassiska socioekonomiska variabler. De visar också ett likartat mönster där starkare socioekonomi samvarierar negativt med vårdkostnader. Förvärvsarbetande har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer som inte arbetar. Personer med en hög disponibel hushållsinkomst har i genomsnitt lägre vårdkostnader än individer med lägre inkomst. Ju högre utbildning man har desto lägre kostnader har man för sjukvård.

Besöksanalysen som görs på kostnadsdata bekräftar resultaten från kostnadsanalysen vad gäller inkomst. Vid högre inkomst minskar sannolikheten för besök. Däremot avviker analysen vad gäller förvärvsarbetande eftersom samvariationen inte är signifikant för

besök. Vid hög utbildning minskar sannolikheten att besöka vården, men gymnasial och högst förgymnasial utbildning skiljer sig inte signifikant från varandra i sannolikhet att besöka vården.

Besöksanalysen från Västra Götaland och Stockholm indikerar generellt att de med lägre utbildning och inkomst besöker vården oftare än andra. I Stockholms ses detta mönster i öppenvården, men i slutenvården syns inte någon tydlig skillnad mellan vare sig utbildnings- eller inkomstnivågrupperna. Sammanställningen från Västra Götalandsregionen visar att individer med låg inkomst gör fler besök i primärvård, specialiserad öppenvård och på akutmottagning.

Mönstret är dock inte konsekvent för alla åldersgrupper. Bland individer över 65 år i Västra Götaland besöker höginkomsttagare både primärvården och den specialiserade öppenvården oftare än de med lägre inkomst. Samma gäller för utbildning: upp till och med 65 år besöker de med lägre utbildning vården oftare än de med högre utbildning. Efter 65 år besöker de med högre utbildning primärvården mer än de med grundskoleutbildning och ungefär lika mycket som de med gymnasial utbildning. För den specialiserade öppenvården besöker de med högst utbildning vården oftare än övriga – de som har lägst utbildning konsumerar minst. Se tabell 4.1–4.3 för exempel på vårdkonsumtion för olika grupper i Västra Götaland.

Tabell 4.1 Genomsnittligt antal besök per år för åldersgrupp 24–44, fördelat på inkomst

Vårdtyp	Låg inkomst	Hög inkomst
Primärvården	2,7	1,9
Primärvårdsbesök läkare	1,4	0,9
Primärvårdsbesök övriga	1,3	1
Specialiserad öppenvård	2,7	1,4
Specialiserad öppenvård läkare	1,1	0,8
Specialiserad öppenvård övriga	1,6	0,5
Akutsjukvård	0,2	0,1

Data från Västra Götalandsregionen 2018. Utredningens bearbetning

Tabell 4.2 Genomsnittligt antal besök per år för åldersgrupp 45–64, fördelat på inkomst

Vårdtyp	Låg inkomst	Hög inkomst
Primärvården	4,2	3,2
Primärvårdsbesök läkare	1,8	1,3
Primärvårdsbesök övriga	2,4	1,9
Specialiserad öppenvård	3,2	1,8
Specialiserad öppenvård läkare	1,4	1
Specialiserad öppenvård övriga	1,9	0,8
Akutsjukvård	0,3	0,2

Data från Västra Götalandsregionen 2018. Utredningens bearbetning

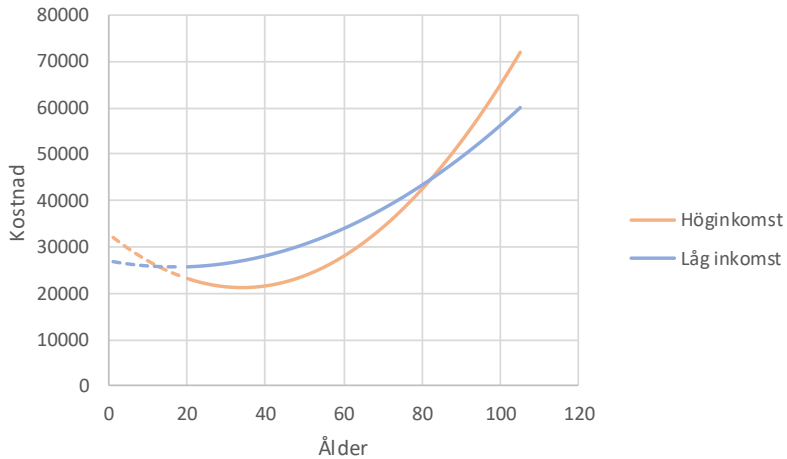
Tabell 4.3 I Genomsnittligt antal besök per år för åldersgrupp 65+, fördelat på inkomst

Vårdtyp	Låg inkomst	Hög inkomst
Primärvården	5,2	5,4
Primärvårdsbesök läkare	2	1,9
Primärvårdsbesök övriga	3,1	3,5
Specialiserad öppenvård	2,8	3,2
Specialiserad öppenvård läkare	1,7	1,8
Specialiserad öppenvård övriga	1,2	1,4
Akutsjukvård	0,5	0,3

Data från Västra Götalandsregionen 2018. Utredningens bearbetning

För personer som är äldre än 80 år kan samma mönster också ses i vårdkostnadsdata från Norrbotten, Skåne och Västra Götaland för inkomstnivå. Då mönstret tycks bero på ålder skattas modellen med två interaktionsvariabler för ålder, ålder i kvadrat och inkomstnivå, figur 4.2 visar hur kostnaderna förändras med varierande ålder och inkomst givet övriga variabler i modellen. De med högre inkomst har i genomsnitt högre kostnader för vård än de med lägre inkomst. I figuren är linjen streckad vid yngre ålder eftersom skillnaden där inte är signifikant.

Figur 4.2 Genomsnittlig kostnad fördelat på inkomstnivå och ålder  
 Grafen visar variation i kostnad över ålder och fördelat på inkomstnivå. Alla andra variabler hålls konstanta. Linjen är streckad vid yngre ålder eftersom skillnaden där inte är signifikant



Norrbottnen, Västra Götaland och Skåne 2016

### *Att vara samboende minskar kostnaderna*

Individer som bor ensamma har i genomsnitt högre vårdkostnader än individer som är samboende. Här ser vi också en högre sannolikhet för vårdbesök.

Inom landstingen i kostnadsdatasetet är det ungefär 16 procent som är ensamboende. Störst andel ensamboende finns i de äldre ålderskategorierna. Bland personer över 80 år är över 50 procent ensamboende, men de är relativt få i denna grupp sett till den totala populationen. Bland de äldre är andelen ensamboende kvinnor högre än andelen ensamboende män. Studerar man kostnaderna närmare baserat på ålder och kön har ensamboende män över 80 år högre kostnader i genomsnitt än ensamboende kvinnor över 80 år.

### *Ju längre tid vi tillbringar i Sverige, desto mer kostar vården*

Om vi håller alla andra variabler konstanta och enbart studerar variabeln vistelsetid så ökar kostnaderna ju längre tid man bor i Sverige. Även sannolikheten för att besöka vården ökar med en ökad vistelsetid i landet. Denna variabel studeras under den första tioårsperioden

som en nyinflyttad vistas i Sverige. Vid robusthetsanalyser kan vi se att denna variabel inte ger konsistenta resultat när analysen görs separat på de tre landstingen. Detta kan bero på att det finns få observationer, eller att variabeln faktiskt inte har någon samvariation.

*Kostnad och sannolikhet för besök går delvis i olika riktningar när härkomst studeras*

I kostnadsanalysen har individerna delats upp i grupper utifrån om de är födda i Sverige eller i ett land med högt eller lågt *Human Development Index* (HDI). HDI är ett index som används för att jämföra välbefinnande mellan olika länder och innehåller en sammanvägning av bruttonationalprodukt, förväntad livslängd och utbildningsnivå. Individer som är födda i ett annat land än Sverige och med ett högt HDI har lägre kostnader än både individer från länder med lågt HDI och individer som kommer ifrån Sverige. Ingen signifikant skillnad syns mellan individer från Sverige och individer från ett land med lågt HDI.

Här skiljer sig besöksanalysen på kostnadsdata något, eftersom både härkomst från Sverige och länder med högt HDI minskar sannolikheten att besöka vården i jämförelse med länder med lågt HDI. Sammanfattningsvis har alltså personer med bakgrund i ett land med lägre HDI större sannolikhet att besöka vården jämfört med personer födda i Sverige och personer med bakgrund i ett land med högt HDI. Samtidigt är kostnaden för gruppen med lågt HDI inte signifikant skild från kostnaden för svenskfödda. Resultaten är dock inte konsistenta när de olika dataseten körs separat, se Bilaga 4.

När vi studerar hur antal vårdbesök skiljer sig mellan grupper med olika härkomst i de andra dataseten ges också ett varierande resultat. De övriga dataseten har en annan indelning än kostnadsdata och utgår inte från HDI. Materialet från Dalarna visar att personer födda i Sverige besökte vården fler gånger än personer födda i Norden under perioden 2016 till och med maj 2018. Födda i Norden gjorde fler besök än födda i Europa och de i sin tur gjorde fler besök än personer födda i övriga länder. Analys av Västra Götalands data ger varierande resultat för olika åldersgrupper. Sammanfattningsvis krävs en djupare analys för att få tydliga resultat kring hur vårdkonsumtion och härkomst samvarierar.

*Besök skiljer sig mellan de studerade landstingen*

Andelen som gjort minst ett besök i vården inom de tre landstingen under 2016 skilde sig. I Skåne uppsökte 84 procent av befolkningen vård 2016, i Västra Götaland 81 procent och i Norrbotten var det 75 procent. Delar av skillnaden förklaras säkerligen av att vi saknar information om privata primärvårdgivare i Norrbotten, men kanske kan också delar förklaras av skillnader i avstånd till vården. I jämförelse med Skåne och Västra Götaland har Norrbotten en glesare bebyggelse. Det kan å ena sidan indikera ett högre vårdbehov givet demografiska skillnader mellan stad och landsbygd, å andra sidan indikerar det också en sämre tillgänglighet till såväl primärvård som sjukhus givet längre avstånd. En sämre tillgänglighet kan i sin tur ha en påverkan på efterfrågan på vård.

### **4.3 Vårdens tillgänglighet skiljer sig främst geografiskt**

Geografisk närhet till vården har ett samband med hur mycket kontakt vi har med vården. Studier av utbudets påverkan på vårdkonsumtionen visar att antalet besök per individ är större i läkartäta områden (Vårdanalys 2013a). I denna fråga är det såklart högst relevant också att fundera över geografiska skillnader eftersom förutsättningarna över landet – både inom och mellan landsting – ser väldigt olika ut.

I detta avsnitt redogör vi för hur utbudet ser ut fördelat på områden med olika socioekonomisk profil. Avsnittet fokuserar främst på vårdcentraler inom primärvården.

Socioekonomiska faktorer likställs ofta med förväntad vårdtyngd. Att det kan vara mindre kostsamt för nya vårdcentraler att etablera sig där det potentiella patientunderlaget är mindre vårdtungt är något som det funnits medvetenhet om länge. Samtliga landsting arbetar också aktivt genom sina ersättningssystem för att påverka etablering så att det inte är mindre gynnsamt att etablera sig i ett område med skattad högre ohälsa.



### 4.3.1 Geografi är en viktig faktor för var vi väljer att lista oss

Utformningen av vårdvalssystemen i primärvården gör att vem som helst kan lista sig var som helst i teorin. Med andra ord: att du bor i ett socioekonomiskt svagt område betyder inte att du måste lista dig där. I praktiken är det dock svårt att se att geografisk närhet till hemmet inte spelar in vid val av vårdcentral. I Vårdanalys rapport Vad vill patienten veta för att välja? (2013b) framgår också att geografisk närhet är ett av de vanligaste skälen till varför man valt en viss vårdcentral. Närheten kan avse både till hemmet och till jobbet.

I Riksrevisionens rapport från 2014 konstateras att flera undersökningar visar att många människor värderar närheten till bostaden högt när de väljer vid vilken vårdcentral de listar sig. De skriver vidare att ”mycket talar också för att personer med stora vårdbehov i särskilt stor utsträckning listar sig och konsumerar vård i området där man bor” (Riksrevisionen 2014b). En orsak till detta kan vara att individer med sämre socioekonomiska förutsättningar, och alltså ofta större vårdbehov, tenderar att ha sämre tillgång till transportmedel.

### 4.3.2 Utbud och etablering av vårdcentraler

I detta avsnitt redogörs för några av de studier som har gjorts efter införande av valfrihetssystemen och den fria etableringsrätten. Var vårdcentraler etablerar sig beror naturligtvis på flera olika faktorer. Syftet med detta avsnitt är att ge en bild av huruvida olika socioekonomiska grupper har olika förutsättningar vad gäller utbud. Däremot ges inte en heltäckande bild av etableringsmönster.

År 2014 publicerade Riksrevisionen en uppmärksam granskning av vårdvalets effekter (Riksrevisionen 2014b). Rapporten har mottagit kritik från olika håll både vad gäller urval och slutsatser (se t.ex. Anell et al 2014 och Västra Götalandsregionen 2014). Det finns dock få andra studier som har studerat hela riket. De flesta fokuserar på ett eller några landsting. Men läsaren bör vara medveten om kritiken mot rapporten.

I absoluta antal har vårdcentralerna blivit fler senaste tio åren. Från införandet av vårdval fram till 2014 ökade antalet primärvårdsmottagningar med 20 procent (Konkurrensverket 2014). Ökningen av privat drivna vårdcentraler har varit drygt 80 procent medan

offentligt drivna vårdcentraler har minskat något i antal. Ökningen är inte jämnt fördelad över landet utan vissa landsting har haft en stor ökning medan vissa inte haft någon märkbar utveckling i antal och något landsting har till och med haft en minskning. Det finns andra skillnader i utbud som också kan vara intressanta att fundera över. Exempelvis visar avsnitt 3.2 att andelen privata aktörer – och därmed en aspekt av mångfald – skiljer sig rejält mellan landstingen.

Nytableringar första åren efter vårdvalets införande skedde främst i områden med hög tillgänglighet och i tätbebyggda orter. Vissa studier indikerar att nytableringarna ha styrts av förändringar i befolkningsstruktur, det vill säga det har etablerats nya primärvårdsmottagningar i större städer och andra områden med en hög inflyttning så att fördelningen av primärvårdsmottagningar motsvarar befolkningsfördelningen relativt väl (Vårdanalys 2017a).

Men Konkurrensverket skriver också i sin rapport från 2014 att befolkningsförändringar inte ensamt kan förklara förändringen av antalet vårdcentraler. Under perioden 2011 till 2013 var den procentuella ökningen i vårdcentraler större än befolkningsökningen i Stockholm, Uppsala, Östergötland och Gävleborg. I Norrbotten, Blekinge, Dalarna, Halland och Kalmar minskade i stället antalet vårdcentraler, utan att det skett motsvarande minskning av antalet invånare (Konkurrensverket 2014). Vidare betonar Konkurrensverket att glest befolkade områden bör ha fler vårdcentraler i förhållande till befolkningsandelen än tätbefolkade områden, dels för att kunna upprätthålla en tillräcklig service, dels för att de ofta möter en större andel mer komplicerade vårdbehov än vårdcentraler belägna närmre sjukhus. Det är främst i norra Sverige som invånarna har längre avstånd till närmsta vårdcentral.

I den tidigare nämnda granskningen som Riksrevisionen (2014b) gjort har också etableringsmönstren i samband med vårdvalsreformen kartlagts. Kartläggningen visar att nytableringar samvarierar positivt med befolkningstäthet, områdets medelinkomst, utbildningsnivå och en lägre andel personer över 70 år. Riksrevisionen skriver att nedläggningar i större utsträckning har ägt rum i områden med svårare socioekonomiska förutsättningar eller lägre medelinkomst. Västra Götalandsregionen gjorde en analys av Riksrevisionens studie för det egna landstinget och konstaterar att motsvarande mönster inte går att se i Västra Götaland (Västra Götalandsregionen 2014).

En forskningsartikel från 2016 (Isaksson et al. 2016) presenterar också en analys över de vårdcentraler som har etablerats efter vårdvalets införande. De testar flera olika socioekonomiska variabler för att se om det finns ett samband och konstaterar att nya vårdcentraler etablerar sig i större utsträckning i områden där det bor färre ensamstående föräldrar och äldre som lever ensamma. Samvariation med övriga socioekonomiska variabler såsom utbildningsnivå, inkomstnivå, unga barn och medelinkomstnivå visar inte på någon signifikans i studien.

Sammanfattningsvis finns det stora geografiska skillnader mellan vårdcentralers etablering, men det råder inte enighet om huruvida socioekonomiska faktorer isolerat har en inverkan på etableringen.

### 4.3.3 Tillgång till kontinuitet

Kontinuitet i vården kan ta sig uttryck på olika sätt. När det talas om kontinuitet i vården står ofta frågan om vårdens skyldighet att erbjuda patienten en fast vårdkontakt (6 kap. 2 § patientlagen [2014:821]) eller en fast läkarkontakt i primärvården (6 kap. 3 § patientlagen och 7 kap. 3 § HSL) i centrum. Frågan om fast läkarkontakt i primärvården har varit föremål för den internationella enkätundersökningen International Health Policy Survey (IHP). Möjlighet till fast läkarkontakt i primärvården är något som både patienter och läkare i primärvården förknippar med andra positiva aspekter. De patienter som har en fast läkarkontakt upplever att samordningen av vården fungerar bättre, och de primärvårdsläkare som säger att de ofta kan erbjuda möjlighet till val av fast läkarkontakt upplever i mindre utsträckning att deras patienter får problem som beror på brister i samordning (Vårdanalys 2015a).

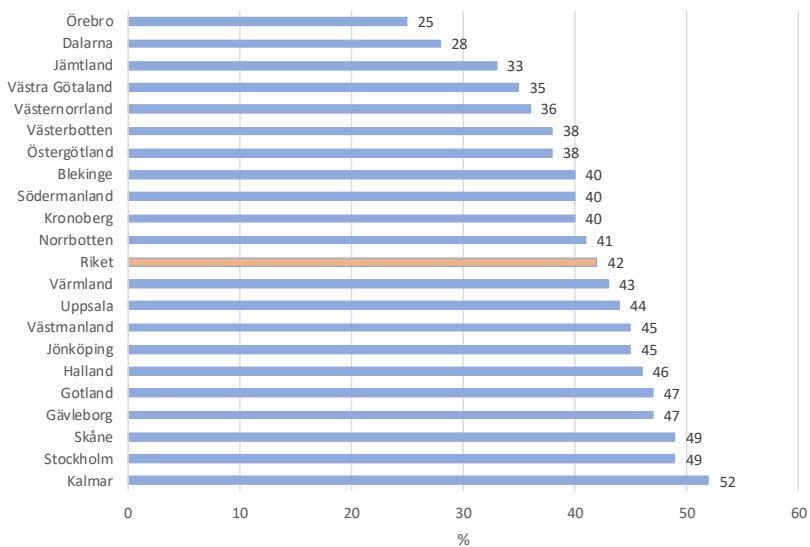
Även kontinuitet, oavsett profession, samvarierar med bättre utfall för patienten. En studie av KOL-patienter i Stockholm har visat att patienter som möter flera olika aktörer inom vården hade en högre risk för att behöva slutenvård och att besöka akutvårdsmottagning (Sveréus et al 2017). Personkontinuitet i vården samvarierar med färre inläggningar, färre akutbesök, ökad produktivitet, bättre hälsa och att diagnos kan sättas tidigare (Vårdanalys 2017a).

Genom IHP-data vet vi samtidigt att Sverige ligger dåligt till internationellt vad gäller andel patienter som uppger att de har en fast

läkarkontakt i primärvården, bara fyra av tio svenskar uppger att de har det. Möjligheten varierar stort mellan olika landsting (se figur 4.3), något som bekräftas av både patienter och primärvårdsläkare. Viktigt att belysa i sammanhanget är också att i den internationella jämförelsen ligger Sverige mer i nivå med andra länder vad gäller andel som har fast mottagning, men alltså inte fast läkarkontakt. I Sverige sker också listning på mottagning och inte på enskild läkare.

Figur 4.3 Andel som har minst en fast läkarkontakt

Andel som har svarat ja på frågan "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinskård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?"



Källa: Vårdanalys 2016a

### *Skillnader mellan grupper*

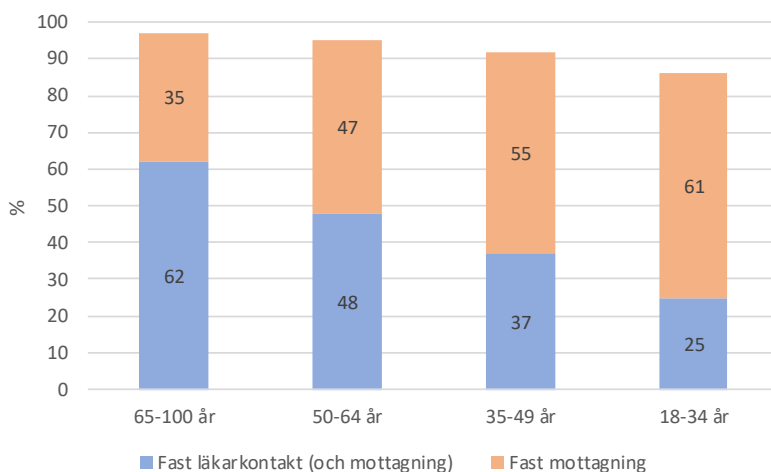
Med åldern blir det vanligare att man har fast läkarkontakt (se figur 4.4) (Vårdanalys 2016a). Kvinnor uppger också i högre utsträckning än män att de har fast läkarkontakt respektive mottagning. Kvinnor svarar också i större utsträckning att de har en kronisk sjukdom.

Utredningen har också haft möjligheten att studera deskriptiva data över utbildningsnivå och födelse land. Data visar ett likartat mönster för fast läkarkontakt och annan regelbunden vårdkontakt när de bryts ner på utbildningsnivå och födelse land. En högre andel

svenskfödda än utlandsfödda har fast läkarkontakt (50 respektive 44 procent) eller annan regelbunden vårdkontakt (34 respektive 29 procent). De med lägre utbildningsnivå har i högre grad fast läkarkontakt än de med högskoleutbildning (56 respektive 48 procent) eller annan regelbunden vårdkontakt (31 respektive 35 procent). Viktigt att notera här är att detta är deskriptiva data och de har inte utsatts för signifikanstest. För äldre patienter är det vanligare att personer med kronisk sjukdom har en fast läkarkontakt (71 procent) än patienter utan kronisk sjukdom (45 procent) (Vårdanalys 2014a). Allra vanligast är det bland personer med diabetes (76 procent). Minst vanligt är det bland patienter med depression/ångest/mentala hälsoproblem (62 procent).

Figur 4.4 Andel som har fast läkarkontakt eller mottagning, per åldersgrupp

Andel som har svarat ja på någon av frågorna "Finns det någon fast läkarkontakt du går till för medicinsk vård? Till exempel familjeläkare, husläkare eller distriktsläkare?" eller "Finns det någon särskild läkarmottagning, vårdcentral eller klinik som du vanligen går till för att få den mesta av din vård? Vänligen inkludera ej akutmottagning på sjukhuset."



Källa: Vårdanalys 2016a

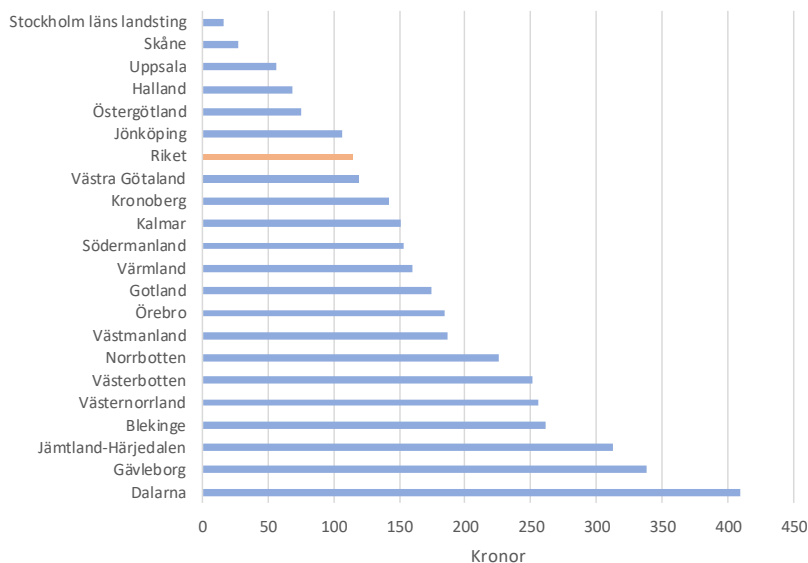
*Inhyrd personal*

En dimension som kan ha en inverkan på ett landstings eller en mottagnings möjlighet att erbjuda en fast kontakt i vården, oavsett om det är en läkare eller professionsneutralt, är hur kompetensförsörjningen ser ut. Kontinuiteten torde försämrats om personalomsättningen är hög. Det bör noteras att i de källor som följer har vi enbart information om inhyrda läkare, inte övriga personalkategorier.

Vårdanalys (2017a) analyserar frågan utifrån andel hyrläkare och konstaterar att en lägre andel hyrläkare samvarierar med såväl högre tillgänglighet och förtroende som lägre kostnader per besök. Riksrevisionen (2014b) har studerat hur behovet att anlita inhyrda läkare ser ut i olika områden. Riksrevisionens analys visar att behovet att anlita hyrläkare är större i glesbygden än i befolkningstäta områden. De har även genomfört intervjuer med verksamhetschefer och läkare som visar att det är svårt att få läkare att vilja bosätta sig på landsbygden. Som orsaker uppges att det inte självklart innebär en högre lön eller att medföljande partner kan hitta sysselsättning. Om vårdcentralen i fråga dessutom redan är underbemannad kan det påverka arbetsbelastningen, vilket ytterligare kan försvåra möjligheten till rekrytering. Riksrevisionen skriver vidare att arbetsbördan ofta är större i socioekonomiskt svaga områden eftersom vårdbehovet hos befolkningen är större och att detta i sin tur kan ge upphov till att man anlitar hyrläkare i större utsträckning. Det finns såklart många andra aspekter som spelar in vad gäller förutsättningar för rekrytering och bemanning.

Figur 4.5 visar kostnad per invånare för hyrläkare i olika landsting. Rent deskriptivt kan konstateras att här tycks finnas en skillnad mellan landsting med tät bebyggelse och landsting med mer gles bebyggelse. Kostnaderna är högre i landsting med mer gles bebyggelse, medan de två landsting med lägst kostnader per invånare är Skåne och Stockholm vilka båda har en hög grad av tät bebyggelse.

Figur 4.5 Kostnad per invånare för inhyrda läkare år 2014



Källa: Konkurrensverkets (2014) bearbetning av data från SKL och SCB

Riksrevisionen (2014b) har också gjort en statistisk analys som visar att det finns ett signifikant samband mellan vårdcentraler med stor användning av hyrläkare och huruvida vårdcentralen är belägen i ett område med låg medelinkomst. Analysen har gjorts med var vårdcentralen är belägen och alltså inte beroende på hur den listade befolkningen ser ut. De betonar också att behovet av inhyrda läkare är större i glesbebyggda områden. De skriver vidare att landstingens ersättningssystem kan spela roll. I de landsting som vid tidpunkten för när analysen gjordes betalade ut kompensation för listade patienter med lägre socioekonomi använde vårdcentraler i socioekonomiskt svaga områden i mindre utsträckning hyrläkare än i de landsting där ingen sådan kompensation betalas ut.

#### 4.3.4 Tillgänglighet upplevs olika av olika grupper

Hälsa- och sjukvårdsbarometern (Barometern) är en årlig nationell undersökning med syftet att fånga attityder, förväntningar och erfarenheter hos tidigare, nuvarande och framtida patienter och närstående

(SKL 2018a). Barometern samordnas av Sveriges Kommuner och Landsting och samtliga landsting deltar. Några frågor fokuserar på befolkningens upplevelse av vårdens tillgänglighet ur några aspekter. I frågeformuläret finns också vissa bakgrundsfrågor som är relevanta ur socioekonomiskt perspektiv. För information om hela undersökningen och dess resultat hänvisar vi till SKL:s rapport Hälsa- och sjukvårdsbarometern 2017.

Vi redovisar här tre enkätfrågor nedbrutna på bakgrundsfaktorer som inkomstnivå, utbildningsnivå, ålder, födelseplats och även egen-skattat hälsotillstånd. För varje grupp redovisas andel som har svarat att de instämmer helt eller delvis på följande tre frågor:

- Jag har tillgång till den hälso- och sjukvård jag behöver.
- I mitt landsting/min region är väntetider till besök och behandling på sjukhus rimliga.
- I mitt landsting/min region är väntetider till besök på hälso-/vårdcentraler rimlig.

Frågan om tillgång visar goda resultat generellt sett, i riket svarar 84 procent att de instämmer helt eller delvis i att de har tillgång till den vård de behöver. Skillnaderna mellan landsting sträcker sig från 78 procent i Norrbotten till 90 procent i Jönköping. Hälften av de svarande i riket anser att väntetider till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Skillnaderna mellan landsting är större, från 42 procent i Västernorrland och Västra Götaland till 67 procent i Kalmar. Inom riket svarar 63 procent att väntetider till besök på hälso- eller vårdcentral är rimliga. Lägst andel återfinns i Skåne, 56 procent, och högst i Kalmar med 79 procent.

Det bör påpekas att tolkningar bör göras med försiktighet eftersom vi inte vet hur stort vårdbehovet är hos dem som svarar och vi vet inte heller hur deras förväntningar skiljer sig. Förväntningar hänger inte nödvändigtvis ihop med reella behov vad gäller vård.

### *Äldre anser i högre grad att väntetider är rimliga*

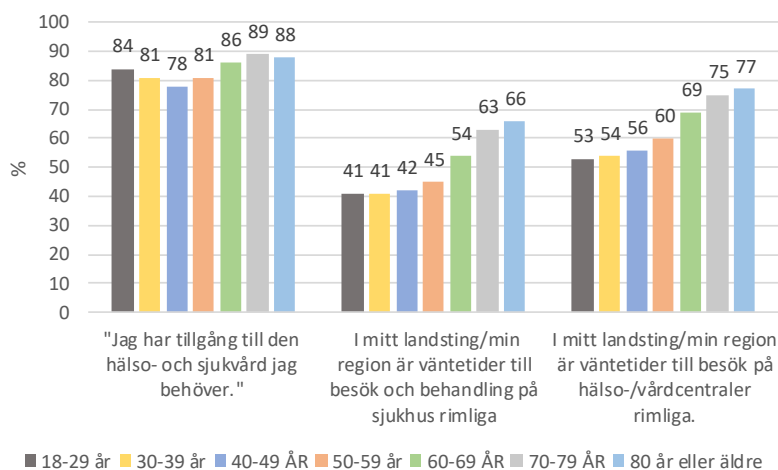
Vad gäller ålder är det inga större skillnader i svar på frågan om de upplever att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver; i samtliga åldersgrupper instämmer minst tre av fyra i påståendet



(se figur 4.6). Personer som är 60 år eller äldre instämmer i något högre utsträckning än övriga i detta påstående.

Det finns tydligare skillnader mellan de olika åldersgruppernas upplevelse av väntetider. Detta gäller för både sjukhus och vårdcentral. Andelen som instämmer i påståendet att väntetider till behandling och besök på sjukhus är rimliga ökar med stigande ålder. Fyra av tio personer i åldern 18–29 år anser att väntetiderna till sjukhus är rimliga, jämfört med två av tre i åldersgruppen 80 år och äldre. Samtliga åldersgrupper har en större andel som instämmer i att väntetider till vårdcentral är rimliga, jämfört med hur de ser på väntetider till sjukhus.

Figur 4.6 Befolkningens upplevelse av tillgång och väntetider fördelat på ålder



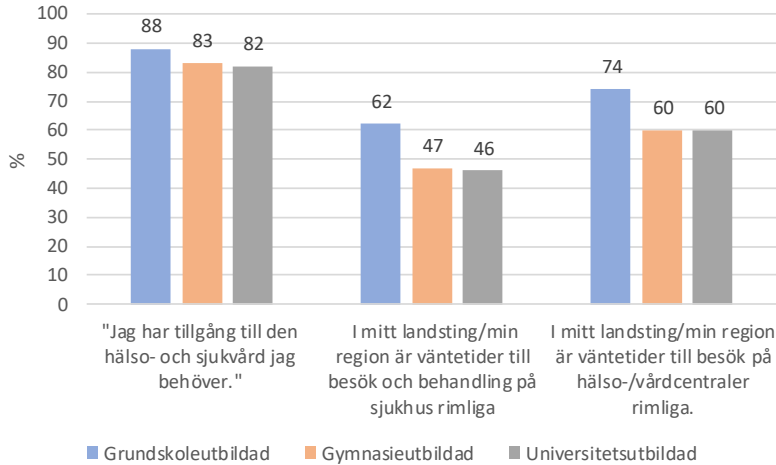
Källa: SKL, Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018

### *Personer med lägre utbildning anser i högre utsträckning att väntetider är rimliga*

När svaren i stället fördelas på utbildningsnivå är det de med lägre utbildning som i större utsträckning instämmer i alla tre påståenden (se figur 4.7). Västra Götalandsregionen (2017) publicerar egna analyser av Barometern. De skriver att variabeln utbildningsnivå hänger samman med ålder såtillvida att de äldre är överrepresenterade i

gruppen med grundskoleutbildning som högsta utbildning. De konstaterar vidare att detta bekräftas i dessa resultat.

Figur 4.7 Befolkningens upplevelse av tillgång och väntetider fördelat på utbildningsnivå

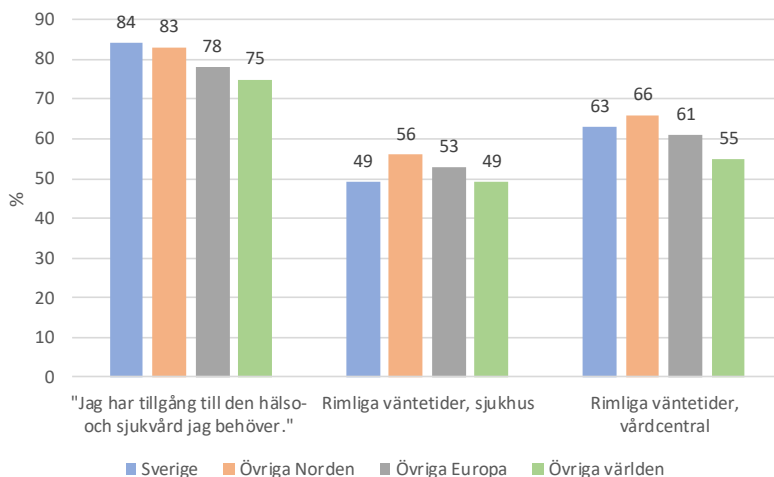


Källa: SKL, Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018

*Födda i Sverige anser i högre grad att de har tillgång till den vård de behöver, men i lägre grad att väntetider till sjukhus är rimliga*

Bland personer som är födda utanför Norden är andelen något mindre som upplever att man har tillgång till den vård man behöver (se figur 4.8). Och andelen går även ner för dem som är födda utanför Europa jämfört med dem som är födda i övriga Europa. Personer födda i Sverige upplever i mindre utsträckning att väntetiderna är rimliga, jämfört med födda i övriga Norden.

Figur 4.8 Befolkningens upplevelse av tillgång och väntetider fördelat på födelseplats



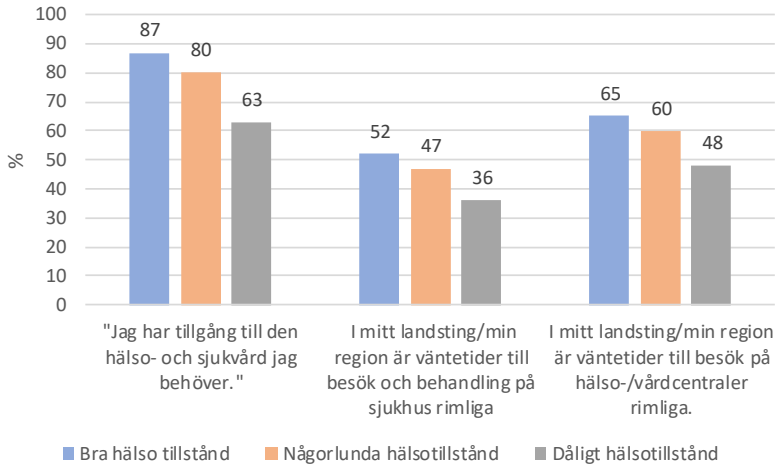
Källa: SKL, Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018

### *Vårdens tillgänglighet uppfattas som sämre av personer med dåligt egenskattat hälsotillstånd*

Skillnaderna i svar blir märkbara när de fördelas på hur de som svarar uppfattar sitt allmänna hälsotillstånd (se figur 4.9). Personer som anser att de har ett dåligt allmänt hälsotillstånd tycker i lägre grad än andra att de har tillgång till den hälso- och sjukvård som de behöver. Bland personer med egenupplevt sämre allmänt hälsotillstånd instämmer endast 36 procent i påståendet att väntetider till besök och behandling på sjukhus är rimliga. Detta kan jämföras med att över 60 procent instämmer bland de med bra hälsa.

Socialstyrelsen skriver (2008) att det egenskattade hälsotillståndet stämmer ganska väl överens med andra hälsovariabler.

Figur 4.9 Befolkningens upplevelse av tillgång och väntetider fördelat på egenskattat hälsotillstånd



Källa: SKL, Hälso- och sjukvårdsbarometern 2018

Inkomstnivå finns inte med i Barometerens frågeformulär. Vi kan i stället kortfattat komplettera den aspekten med International Health Policy Survey till befolkningen från år 2016 (Vårdanalys 2016a). Vid fråga om huruvida respondenterna kunde få tid hos läkare eller sjuksköterska samma eller nästa dag svarar 48 procent ja bland de med inkomst över medel, och 41 procent svarar ja bland de med lägre inkomst.

Resultaten i Barometern ger inga helt entydiga slutsatser. Beroende på vilken bakgrundsvariabel vi väljer blir resultatet olika. Det är också svårt att veta om respondenterna har olika förväntningar kring vårdens tillgänglighet när de svarar. Även vad gäller det egenskattade hälsotillståndet vet vi lite om hur olika respondenter tolkar frågan. Men det är anmärkningsvärt att det finns ett positivt samband mellan upplevt hälsotillstånd och upplevd tillgänglighet.

## 4.4 Konsumtion utifrån vårdnivå

I detta avsnitt belyser vi några exempel på olika vårdnivåer och hur grupper med olika förutsättningar besöker dem. I avsnittet ges en övergripande sammanställning av ett urval av olika studier som finns på området.

### 4.4.1 Öppenvård

Nedan följer tre avsnitt med fokus på den öppna vården. Vi inleder med ett avsnitt som bland annat analyserar var olika grupper tar sin första kontakt med vården inom Stockholms län. Därefter följer ett separat avsnitt om primärvården. Sist kommer en redogörelse för digital utomlänsvård i Jönköping.

#### Första kontakt med vården skiljer sig mellan grupper

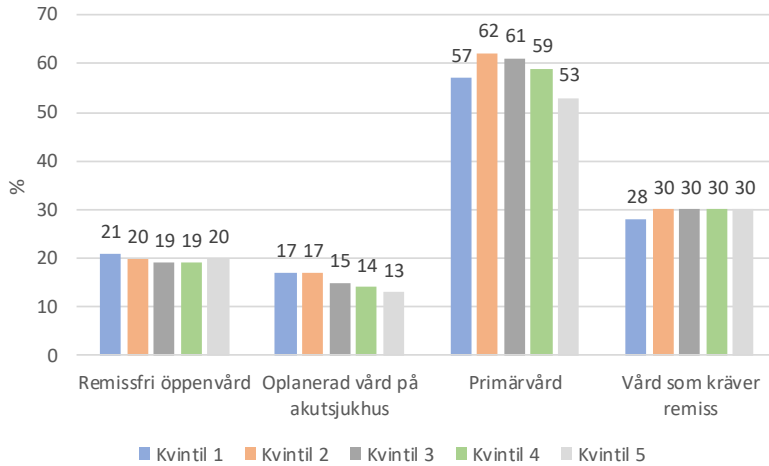
Vårdanalys (2017b) analyserar besöksmönster till första linjens vård i Stockholms län, utifrån socioekonomi. Analysen görs på besök till primärvård, remissfri öppenvård som inte är primärvård och oplanerad vård på akutsjukhus i Stockholms läns landsting under år 2012. I vissa analyser inkluderas också annan specialiserad öppenvård som inte ingår i övriga kategorier. Analysen redovisar inte antal besök utan om en person har gjort något besök.

Resultaten visar att individer med lägre utbildning och inkomst i större utsträckning har haft minst en kontakt i första linjens vård, än individer med högre utbildning och inkomst (se figur 4.10). Detta är allra tydligast för oplanerad vård på akutsjukhus. Skillnaderna är dock inte lika för alla inkomstnivåer. Den lägsta inkomstgruppen, av fem grupper, har jämfört med den näst lägsta, en mindre andel som har haft minst en kontakt med primärvård.

När vård som kräver remiss inkluderas framkommer närmast det omvända. Här är den svagaste inkomstgruppen den som i lägst utsträckning har besökt vård som kräver remiss.

Figur 4.10 Andel i befolkningen som har haft minst en kontakt, per vårdtyp och inkomstgrupp, befolkning i Stockholms län

Befolkningen har delats in i fem kvintiler där kvintil 1 är den med lägst inkomst och kvintil 5 är den med högst inkomst



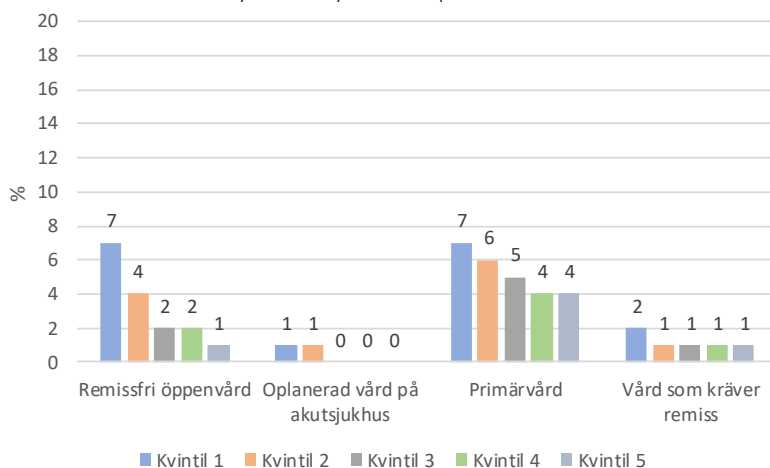
Källa: Vårdanalys 2017b

När samma siffror studeras för patienter som har en psykiatrisk diagnos är mönstret mer tydligt: ju lägre inkomst desto större andel som har haft minst en vårdkontakt och detta gäller för alla vårdnivåer som studeras (se figur 4.11).

Figur 4.11 Andel i befolkningen som har en registrerad psykiatrisk diagnos och har haft minst en kontakt, per vårdtyp och inkomstgrupp, befolkning i Stockholms län

Befolkningen har delats in i fem kvintiler där kvintil 1 är den med lägst inkomst och kvintil 5 är den med högst inkomst.

Notera att y-axeln bryts vid 20 procent



Källa: Vårdanalys 2017b

Analysen fortsätter med att studera vilka som endast haft kontakt med en vårdtyp, av de tre typerna som benämns första linjens vård. Ungefär 3 procent av Stockholmsbefolkningen som helhet har endast haft kontakt med oplanerad vård på akutsjukhus. Uppdelat på olika grupper ser vi att detta är något vanligare för individer med endast grundskoleutbildning, medan trenden inte är lika tydlig för inkomst. Gruppen med lägst inkomst och gruppen med högst inkomst har ungefär samma andel. En intressant aspekt att komma ihåg med akutsjukvård, är att denna vårdtyp i vissa fall är ändamålsenlig och oundviklig, men i andra fall skulle den kunna ersättas med till exempel besök i primärvården.

Vårdanalys fortsätter med att ta in sjuklighet i analysen. Det framkommer då att i gruppen med högre sjuklighet har en större andel gjort besök, och andelen är också större bland de med lägre utbildning än de med högre. När vård som kräver remiss kommer med i bilden är sambandet det motsatta. När den grupp som inte har haft någon kontakt med första linjens vård studeras för sig, visar det

sig också att det är vanligare bland höginkomsttagare att ha haft kontakt med vård som kräver remiss utan att först ha haft kontakt med första linjens vård.

### **Antal besök till primärvården har ökat senaste tio åren**

Primärvården har studerats mycket i relation till vårdvalssystemen. Trots många studier har frågan om någon grupp har gynnats mer än någon annan fortfarande inga säkra svar. Ofta är dessutom effekten som påvisas i studier ganska liten. Utredningen försöker här sammanfatta några av de resultat som har visats. Flera studier analyserar ett eller några landsting, men det finns färre nationella studier. Studierna använder dessutom ofta olika metoder vilket gör att resultaten inte alltid är jämförbara.

I dag och även innan vårdvalets införande gör grupper med lägre socioekonomi fler besök i primärvården än grupper med starkare socioekonomi. Givet sambandet mellan socioekonomi och hälsa kan vi också anta att grupper med svagare socioekonomi bör ha mer kontakt med vården i allmänhet. Vi vet dock inte vilken nivå som är rätt för någon av grupperna.

Flera studier har visat att besök inom primärvården ökade efter vårdvalets införande. Vårdanalys (2015b) visar att antalet läkarbesök i primärvården ökade med knappt åtta procent under perioden 2006–2013. Ökningen var särskilt stor i Stockholm. Uppgången var stadig mellan 2006 och 2011 och minskade därefter något. Besök till sjuksköterskor minskade dock i nästan alla landsting vid jämförelse före och efter vårdvalets introducerande (Vårdanalys 2014b). Landsting där en större andel av befolkningen bor i områden med låg närhet till tätort hade ingen nämnvärd utveckling i vårdkonsumtionen.

Vårdanalys konstaterar att besöksmönstrens utveckling är i linje med landstingens ersättningsmodeller. Den stora besöksökningen i Stockholm har gått i linje med den högre besöksrelaterade ersättningen som Stockholm tillämpade fram till 2016. I Västra Götalandsregionen och Östergötland som haft tyngre fokus på kapitering har också haft en lägre besöksutveckling.

I en annan Vårdanalys-rapport (2013a), analyserades skillnaderna i besöksutveckling mellan olika behovsgrupper, med syfte att se om grupper med större behov trängdes undan till förmån för patienter



med mindre vårdbehov. I gruppen med större behov ingick patienter med astma, demens, diabetes och KOL, och de jämfördes med genomsnittsbefolkningen. Tre landsting ingick i studien: Skåne, Stockholm och Östergötland. Resultatet visade liksom övriga studier att det sammantagna vårdutnyttjandet ökade i primärvården och det gällde för båda grupperna. I flera fall noterades en något större ökning hos genomsnittsbefolkningen. Vårdanalys drar slutsatsen att undanträngning inte har skett i termer av absolut antal besök.

Riksrevisionen (2014b) gjorde en analys med liknande syfte, men med en annan metod och i andra landsting. Analysen avser läkarbesök före och efter vårdvalets införande i både primärvård och specialiserad vård i Skåne och Västra Götaland. Sex olika grupper med olika sjuklighetsgrad före vårdvalets införande definieras och besök jämförs. Vid studien tas även hänsyn till kön, ålder och inkomstförhållanden. Riksrevisionens studie visar att sannolikheten för att genomföra åtminstone ett läkarbesök har ökat hos relativt sett mer friska individer och minskat hos dem med större sjuklighetsgrad. Riksrevisionen ser också att besöksfrekvensen också ökat relativt sett mer för relativt sett mer friska individer. Västra Götalandsregionen gjorde en egen analys som visade att annat resultat, nämligen att de allra sjukaste inte minskat sina läkarbesök i primärvården i Västra Götalandsregionen (Västra Götalandsregionen 2014). Studierna använde olika metoder, vilket gör att de inte är helt jämförbara.

En uppföljning (Dahlgren et al 2013) i Stockholm år 2013 konstaterar att samtliga grupper har ökat sitt vårdutnyttjande och drar också slutsatsen att ingen grupp har åsidosatts. Äldre har en större ökning av läkarbesök än yngre. Män har ökat lite mer än kvinnor, men förändringarna är små. Områdesanalys visar att områden med högre inkomst relativt sett har ökat sina besök mindre än områden med lägre inkomst. Däremot visar individdata att individer med högre inkomster i genomsnitt har ökat sitt vårdutnyttjande procentuellt mer än individer med lägre inkomst. Utbildningsnivå visar snarast på den motsatta trenden: individer med kortare utbildning har ökat sitt vårdutnyttjande mer i relation till högutbildade. Författarna poängterar att en svaghet i dataunderlaget är att det inte tar hänsyn till att individer kan förflytta sig mellan inkomst- och utbildningsgrupper mellan tidpunkterna för jämförelse.

## Digital utomlänsvård inom primärvården ökar

Digital utomlänsvård inom primärvården har ökat mycket på kort tid. Siffror från Region Jönköping visar att ökningen mellan mars 2017 och mars 2018 var kring 300 procent. Från juni 2016 till mars 2018 var ökningen över 3 000 procent. Än så länge utgör det fortfarande en liten del av primärvården totalt sett, cirka 1,6 procent av fakturerade besök, men den snabba ökningen fortsätter och ligger på cirka 10 procent varje månad (SKL 2018f).

Detta avsnitt presenterar kortfattat tidiga data avseende vem som använder sig av denna typ av tjänster. Flera landsting och traditionella vårdcentraler med listade patienter arbetar också aktivt med digitalisering. Vi gör ingen ansats till att kartlägga alla typer av digitala vårdkontakter här, utan fokus ligger på så kallade digitala utomlänsbesök hos privata aktörer som erbjuder digitala besök för patienter oavsett hemlandsting. Dessa aktörer är hittills ofta underleverantörer till fysiska vårdcentraler och det går inte att lista sig på dem eftersom de inte erbjuder hela primärvårdsuppdraget.

### *Skillnader i geografi och ålder*

De data som utredningen har tillgång till avser utomlänsbesök i Region Jönköping hos läkare vid tre digitala vårdaktörer för perioden juni 2016 till mars 2018. Data är rent deskriptiva och inga statistiska analyser har gjorts.

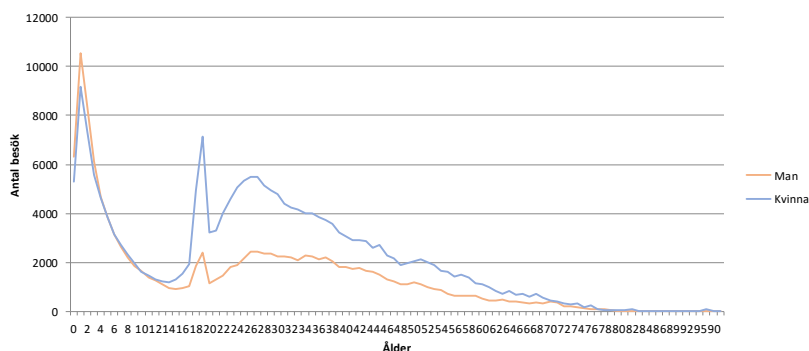
Utifrån befintliga data kan vi utläsa ålder och kön för de som använder sig av tjänsterna samt vilka kommuner och län de är skrivna i. Kvinnor i tonåren och upp till cirka 70 års ålder gör fler digitala besök än männen i samma åldersspann (se figur 4.12). Övriga åldersgrupper är mer jämnt fördelade. Det ska här noteras att kvinnor besöker även fysiska vårdcentraler mer än vad män gör.

Siffrorna indikerar att det finns en koppling till småbarnsåren, (familjer med) små barn under 4 års ålder gör många digitala besök och därefter går användandet ner. Även här bör noteras att små barn har frekventa besök till fysiska vårdcentraler också. Därefter kommer en topp igen vid cirka 18 års ålder, här är också skillnaden särskilt stor mellan pojkar och flickor. Året efter går antal besök ner, för att sedan långsamt gå uppåt och nå en ny topp kring cirka 26 års ålder. Därefter minskar det. Att kontakterna går ner efter 18 kan ha

ett samband med att man börjar betala patientavgift vid 20 års ålder. Det som framför allt skiljer dessa digitala utomlänsbesök till läkare från fysiska läkarbesök är toppen vid 18 års ålder samt att äldre gör färre besök. Med ökad ålder är kroniska sjukdomar mer utbredda, vilket för vissa grupper kan innebära att man redan har en mer upparbetad kontakt med vården.

Figur 4.12 Antal besök per kön och åldersgrupp under 2017

Totalt antal utomlänsbesök vid tre digitala vårdgivare som har avtal med landstinget i Jönköpings län



Källa: Region Jönköping 2018

Vad gäller digitala besök per kommun eller län och i förhållande till befolkningens mängd är det tre län som dominerar i användarstatistiken. Av de drygt 50 kommuner där minst 2 procent av invånarna har gjort ett digitalt besök under 2017 är över 45 av kommunerna belägna i Stockholms län, Skåne län eller Västra Götalands län. Av de 25 kommuner med störst andel som gjort ett digitalt besök är samtliga belägna i Stockholms län. Värt att notera är att Jönköpings län saknas i urvalet på grund av att data har tagits fram utifrån vård som sker utanför länet.

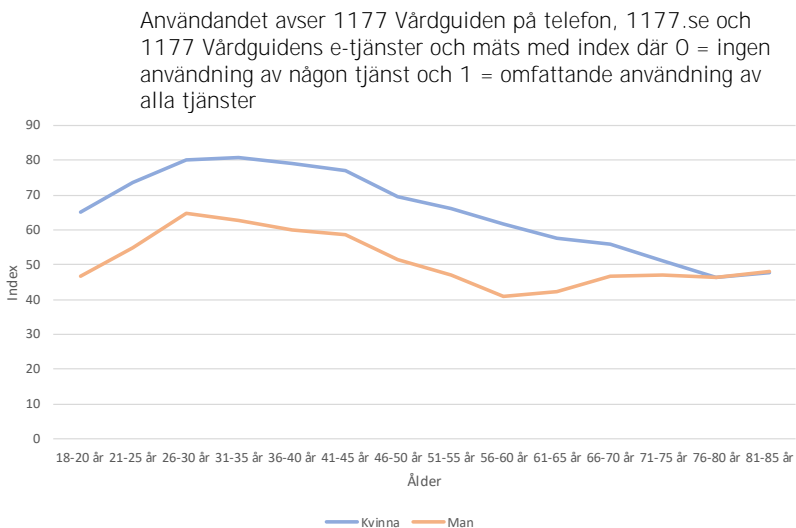
Sammanfattningsvis indikerar siffrorna att det främst är människor i tätbebyggda områden och storstadsområden som använder sig av dessa tjänster, kvinnor använder dem i större utsträckning än män och åldersmässigt är det främst småbarn och vuxna mellan cirka 18 och 40 år.

#### 4.4.2 1177 Vårdguidens användartjänster

I en analysrapport (Leifsson 2017) genomförd för 1177 Vårdguiden och UMO dras slutsatsen att ålder, kön och behov av vård har stor betydelse för benägenheten att använda deras olika tjänster. I rapporten analyseras också andra variabler för att studera samband, däribland variabler som är relevanta utifrån ett socioekonomiskt perspektiv. Kännedom och användande av 1177 Vårdguidens tre övergripande tjänster, dvs. 1177 Vårdguiden på telefon, 1177.se och 1177 Vårdguidens e-tjänster, redovisas sammanslaget genom ett index.

Kvinnor använder tjänsterna mer än män. Intressant är att medan kvinnors användande tydligt minskar med åldern efter cirka 31–35 och fortsätter minska livet ut, visar mäns användande en liknande trend fram till 65 års ålder när deras användande plötsligt ökar (se figur 4.13).

Figur 4.13 Användning per kön och åldersgrupp



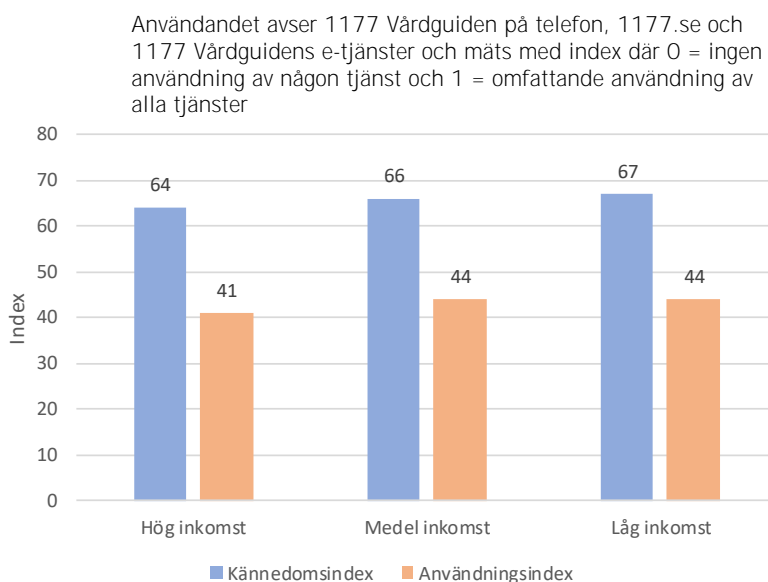
Källa: Leifsson 2017

Som väntat finns det också ett samband mellan kännedom och användning. Bland grupper där kännedomen är hög är också användningen högre i relation till kännedomen jämfört med grupper där kännedomen är lägre. Användandet skiljer sig till viss del mellan landsting.

Hushåll med barn som bor hemma använder tjänsterna mer, och användandet ökar med antalet barn. Sambandet gäller enbart 1177.se och 1177 Vårdguiden på telefon, medan användandet av e-tjänsterna är oförändrat. Relativt sätt används 1177 Vårdguiden på telefon mer än 1177.se. Användandet av alla tjänsterna ökar också ju fler vårdbesök individerna har haft senaste året. Den relativa ökningen är störst för e-tjänsterna.

Nedbrutet på inkomstnivå finns små skillnader mellan grupper vad gäller både användning och kännedom om tjänsterna (se figur 4.14). De med högre inkomst känner till och använder tjänsterna i något mindre utsträckning.

Figur 4.14 Inkomstnivå och användning av 1177 Vårdguiden

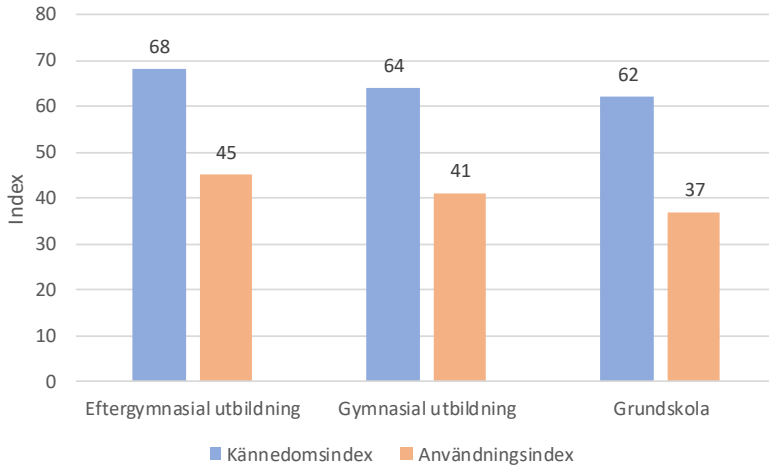


Källa: Leifsson 2017

Utbildningsnivå har viss betydelse, främst vad gäller användning av tjänsterna. Högre utbildning indikerar högre användning och tvärtom (se figur 4.15). Leifsson skriver vidare att lågutbildade upp till 65 års ålder har en lägre benägenhet att använda tjänsterna, trots att de känner till dem.

Figur 4.15 Utbildningsnivå och användning av 1177 Vårdguiden

Användandet avser 1177 Vårdguiden på telefon, 1177.se och 1177 Vårdguidens e-tjänster och mäts med index där 0 = ingen användning av någon tjänst och 1 = omfattande användning av alla tjänster



Källa: Leifsson 2017

Sambanden går alltså i motsatta riktningar beroende på om vi studerar inkomstnivå eller utbildningsnivå. Det bör dock igen poängteras att rapporten betonar att dessa variabler har en liten påverkan på användande och kännedom, och att det är kön, ålder och behov av vård, som framför allt styr.

UMO, vars målgrupp är personer i ålder 13–25, används mest av unga kvinnor födda i storstadsregioner och minst av unga män på landsbygden. I Stockholms län görs nästan dubbelt så många besök per år och invånare jämfört med till exempel Södermanland och Blekinge.

Besöksstatistik för 1177 Vårdguidens tjänster visar också på en tydlig skillnad mellan län där det finns en storstad och län där det inte finns en storstad. I Stockholms län används 1177.se per invånare i högre grad jämfört med övriga län exklusive Skåne och Västra Götaland. Skåne och Västra Götaland har ett högre användande jämfört med övriga, men ändå betydligt lägre än Stockholm. Här skiljer det sig också mellan tjänsterna; i Stockholms län ringer invånarna till 1177 i mindre utsträckning än i övriga län.

### 4.4.3 Sluten specialiserad vård

I detta avsnitt ges några exempel på hur vårdkonsumtionen av specialiserad vård ser ut för olika grupper. Denna vård skiljer sig från öppenvård på så sätt att patienterna ofta konsumerar den först efter kontakt med annan del av vården.

#### Cancervård skiljer sig mellan olika grupper

År 2013 gjorde Socialstyrelsen en utvärdering av bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervården utifrån indikatorerna i de nationella riktlinjer på området som publicerades 2007. Utvärderingens huvudsakliga syfte var att belysa kvalitet och effektivitet i cancervården, men ett särskilt fokus var också att belysa kvaliteten utifrån socioekonomiska faktorer som utbildningsnivå, födelseland och om det fanns skillnader mellan landstingen när det gäller patientens tillgång till de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i de nationella riktlinjerna (Socialstyrelsen 2013a).

Resultatet visade på stora skillnader i resultat mellan landstingen och regionerna (Socialstyrelsen 2013b). Skillnaderna är också stora mellan sjukhus. För flera av de indikatorer som undersöktes fanns det också skillnader mellan grupper med olika utbildningsnivå, ofta till de lägre utbildades nackdel. Skillnaderna var dock inte alltid signifikanta vid statistisk analys. Ett exempel är bröstbevarande kirurgi vid bröstcancer där skillnaden mellan högutbildade och lågutbildade som fick behandlingen var cirka tio procentenheter. Däremot fanns det inga signifikanta skillnader mellan utbildningsnivå efter att hänsyn tagits till hemortslandsting.

Ett annat exempel är skelettundersökning för patienter med en prostatacancer som har klassats som högrisk. Bland hög- och medelhögt utbildade hade en större andel tillgång till skelettundersökning än bland lågutbildade och de relativa skillnaderna var statistiskt säkerställda även efter att hänsyn tagits till ålder och hemortslandsting. Relationen mellan utbildning och skelettundersökning undersöktes vid tre tillfällen under ungefär tio år och de socioekonomiska skillnaderna minskade något över tid.

Socialstyrelsen skriver att för samtliga indikatorer inom tjocktarms- och ändtarmscancervården hade personer med en lägre ut-

bildningsnivå ett sämre resultat än högtutbildade (Socialstyrelsen 2013a). De fick också i lägre utsträckning de åtgärder inom diagnostik och behandling som rekommenderas i nationella riktlinjer. Samma tendens, fast i mindre utsträckning, fanns även för indikatorerna inom bröst- och prostatacancervården. Socialstyrelsen menar att hälso- och sjukvården kan bli mer jämlik genom att landstingen ökar tillgången till diagnostik, behandling och olika stödjande åtgärder för grupper med mindre gynnsam socioekonomisk situation.

### Undvikbar slutenvård i Stockholms läns landsting

En annan aspekt som rör den specialiserade vården är den slutenvård som benämns undvikbar slutenvård. Undvikbar slutenvård definieras som inläggningar som kan förhindras om patienter får optimal behandling i öppen vård (Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin 2014). Det handlar alltså om vårdkonsumtion som är önskvärd att undvika.

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin vid SLL genomförde 2014 en studie som beskriver och analyserar skillnader i undvikbara slutenvårdstillfällen mellan områden med högre och lägre medianinkomst och mellan olika grupper av individer inom Stockholms län under perioden 2008 till 2011.

Flera olika bakgrundsvariabler studeras. Män har högre andel undvikbar slutenvård än kvinnor. Risken ökar med åldern. Den geografiska analysen visar högre förekomst av undvikbar slutenvård i områden med lägre medianinkomst än i områden med högre medianinkomst. Andelen med undvikbar slutenvård är 26 procent högre i områden med låg medianinkomst än i områden med hög medianinkomst. Mönstret var liknande för tidigare år (30 procent skillnad mellan högst- och lägst- områden). Ett positivt resultat är undvikbar slutenvård har minskat från 2005–2007 till 2008–2011. Jämförelser mellan de två perioderna visar att nivåerna för undvikbara slutenvårdstillfällen har minskat något både för män och kvinnor och inom geografiska områden fördelat efter medianinkomst. Minskningen i undvikbara slutenvårdstillfällen är större bland män än bland kvinnor. Vidare konstateras att liknande mönster har visats i andra länder. I rapporten dras också slutsatsen att undvikbar slutenvård är en



indikator på god vård och avspeglar i viss utsträckning hur väl primärvården fungerar vad gäller både kvalitet och tillgänglighet. Lägre förekomst av undvikbar slutenvård indikerar att primärvården fungerar väl.

#### 4.4.4 Förebyggande vård

Enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) ska hälso- och sjukvården arbeta för att förebygga ohälsa. Förebyggande vård kan bidra till att minska ohälsan och deltagande i exempelvis screening kan möjliggöra att allvarlig sjukdom upptäcks tidigare och kan därmed ha en påverkan på hur stort ett senare vårdbehov blir. I detta avsnitt exemplifierar vi med förebyggande vård för att motverka ohälsosamma levnadsvanor samt deltagande i screening.

#### Förebyggande vård för att motverka ohälsosamma levnadsvanor

I en studie om jämlikhet i hälso- och sjukvårdens arbete för att motverka ohälsosamma levnadsvanor undersöker Vårdanalys (2016b) vårdens arbete kring förebyggande vård. Rapporten utgår ifrån de områden som Socialstyrelsens Nationella riktlinjer för sjukdomsförebyggande metoder fokuserar på, dvs. tobaksbruk, riskbruk av alkohol, otillräcklig fysisk aktivitet och ohälsosamma matvanor. Förekomsten av ohälsosamma levnadsvanor är högre i grupper med sämre socioekonomiska förutsättningar, vilket betyder att vården också borde uppmärksamma ohälsosamma levnadsvanor bland fler i denna grupp om vården når alla grupper i samma utsträckning.

Vad gäller om vårdpersonal har diskuterat ohälsosamma levnadsvanor med patienten, ser Vårdanalys inga stora skillnader mellan grupper. Andelen som över huvud taget har pratat om levnadsvanor i vårdmötet är dock låg i internationell jämförelse. Vad gäller huruvida personer deltar i förebyggande insatser som rekommenderas av hälso- och sjukvården tycks det finnas vissa skillnader mellan grupper. Siffrorna kommer från enkätundersökningen International Health Policy som 2014 riktades till individer 55 år eller äldre. Nedbrutet på olika bakgrundsfaktorer kan skönjas att kvinnor uppger att de har deltagit i större utsträckning än män, och personer med gymnasie- eller högskoleutbildning har deltagit i större utsträckning än de med

grundskola. Vid kontroll för kön, ålder och självskattad hälsa, blev utbildningseffekten än starkare, medan kön fick omvänt samband, dvs. män deltog i högre utsträckning än kvinnor.

## Deltagande i screening

Vid screening erbjuds en population att delta i en medicinsk undersökning i syfte att tidigt identifiera en viss sjukdom. Vissa screeningprogram riktar sig till nyfödda, andra till män eller kvinnor i ett visst åldersintervall. Vi går här mycket kortfattat igenom några exempel på hur deltagande i screening riktad till vuxna skiljer sig mellan olika grupper.

I Cancerfondsrapporten (Cancerfonden 2018) belyses att det finns indikationer på att personer i lägre socioekonomiska grupper i mindre utsträckning deltar i screening. Studier på olika typer av screeningprogram för cancer visar på liknande resultat. Kvinnor med lägre utbildning deltar i mindre utsträckning i screening för livmoderhalscancer. Kvinnor med låg inkomst deltar i mindre utsträckning än de med hög inkomst. Personer som står utanför arbetsmarknaden deltar också i mindre utsträckning, liksom kvinnor som lever ensamma. Utlandsfödda kvinnor deltar också i mindre utsträckning.

En studie i sydvästra Skåne visar att socioekonomi påverkar både medverkan i screening för abdominellt aortaaneurysm och prevalens av sjukdomen (Zarrouk 2013). Deltagande mellan kommunerna varierade mellan drygt 65 och 90 procent. Deltagande steg med ökande medelinkomst och minskade med ökande andel invandrare respektive andel socialbidragstagare. Även bland Malmös olika stadsdelar ökade följsamheten med ökande medelinkomst och minskade med ökande andel invandrare samt ökande arbetslöshet.

Deltagarmönster för mammografiscreening har länge visat på en liknande tendens. Tidigt 1990-tal såg man att deltagandet i storstadsområden var särskilt lågt (Zackrisson 2012). Som del i den s.k. Malmökommissionens arbete gjordes en analys av hur den socioekonomiska profilen såg ut hos de kvinnor som hade kallats till screeningen och huruvida de deltog. Justerat för ålder syntes en tydlig skillnad mellan olika områden där områden med svagare socioekonomi hade lägre deltagande bland personerna som bodde där. Även individuella karakteristika hade en inverkan. Risken för att inte

delta i screening var högre för kvinnor som inte var födda i Sverige, kvinnor som var ogifta, skilda eller änkor, kvinnor som inte förvärvsarbetade, kvinnor med trångbodd bostadssituation samt kvinnor med lägre inkomst. Ålder eller vilken typ av arbete kvinnorna hade hade ingen märkbar effekt. År 2015 gjordes en uppdaterad studie kring deltagande i mammografiscreening i Malmö (Lagerlund 2015). Studien bekräftade delvis det man tidigare hade sett, men man kunde också dra slutsatsen att den individuella socioekonomiska bakgrunden var det som främst styrde; socioekonomisk karaktär på bostadsområdet där de kallade bodde hade marginell betydelse.

Kristensson (2017) skriver om möjliga orsaker till dessa samband. Viktiga faktorer som kan påverka är tillgänglighet, avgift för undersökning samt påminnelser vid uteblivet deltagande, men det finns också kulturella aspekter att ta hänsyn till, samt nivå av hälsolitteracitet – att man förstår värdet av att delta.

#### 4.4.5 Vissa avstår från att söka vård

I avsnitt 4.2 såg vi att vårdkonsumtionsdata från tre landsting visar att mellan 15 och 25 procent inte har någon kontakt alls med vården under en årsperiod. För vissa beror det antagligen på att de inte har behövt vård, men för andra kan det vara så att man olika skäl avstår från vård trots att man behöver den. Att förstå om det finns skillnader mellan individer inom den grupp som avstår från vård är viktigt för att förstå hela bilden av hur vi konsumerar vård.

I Socialstyrelsens Öppna jämförelser från 2018 konstateras att skillnader i kunskap samt ekonomiska och sociala förutsättningar kan påverka efterfrågan på hälso- och sjukvård utan att det är direkt kopplat till skillnader i vårdbehov. Vidare skriver Socialstyrelsen (2018b) följande.

Det är en utmaning för hälso- och sjukvården att dels tillhandahålla en god vård med hög tillgänglighet till dem som behöver men nödvändigtvis inte begär den, dels inte lägga mer än tillräckliga resurser på dem med mindre behov trots att de kanske efterfrågar mer.”

De kostnadsdataanalyser som utredningen har gjort (se avsnitt 4.2) visar att personer med högre utbildning och högre inkomst i mindre utsträckning hade haft kontakt med vården under 2016. Vårdanalys analyserade Stockholmspopulationens kontakter med första linjens

vård och såg då att 35 procent inte hade haft någon kontakt med varken primärvård, remissfri öppenvård som inte är primärvård eller oplanerad vård på akutsjukhus under 2012. Även här är det en större andel bland de med högre utbildning; bland individer med grundskoleutbildning som högsta utbildning är siffran 31, bland individer med högskoleutbildning 37 procent.

Socialstyrelsen (2018a) använder också IHP-data för att beskriva mönster kring vilka som avstår från att söka vård. Äldre rapporterar att de avstått från vård i mindre utsträckning än befolkningen överlag, medan yngre personer i åldersintervallet 18–24 år är de som avstår i störst utsträckning (se Vårdanalys 2016a och 2017a). Kvinnor avstår i större utsträckning från både medicin, läkarbesök och behandling jämfört med män. Andra studier har undersökt frågan kopplat till ekonomiska förutsättningar och då blir bilden en annan.

#### *Vissa avstår från vård av ekonomiska skäl*

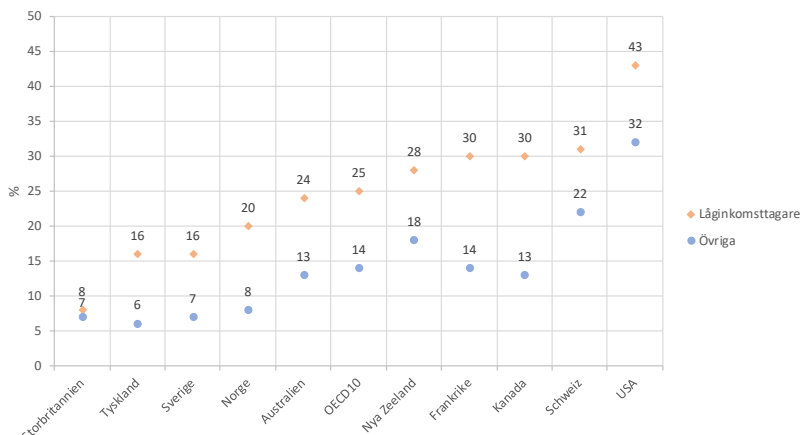
OECD:s Health at a Glance 2017 har analyserat två frågor kring vårdkonsumtion och kostnad och brutit ner dem på inkomstnivå. Siffrorna som redovisas i OECD:s rapport är huvudsakligen hämtade från International Health Policy Survey. Undersökningen genomförs i elva länder och samtliga OECD länder finns alltså inte representerade i OECD-snittet. Befolkningen har fått svara på två frågor där den ena rör om de har avstått från av på grund av kostnaden och den andra om de har avstått från att hämta ut läkemedel på grund av kostnaden.

IHP-data visar att Sverige fortsatt ligger bra till internationellt sett vad gäller andel av befolkningen som avstår från att söka vård av ekonomiska skäl. Snittet bland OECD-länderna är 10,5 procent. I Sverige är det 3,9 procent. I Polen, Schweiz och USA svarar över 20 procent ja på frågan om de har avstått från att söka vård av ekonomiska skäl. Sverige ligger närmre OECD-snittet vad gäller andel som avstått från att hämta ut receptbelagda läkemedel av ekonomiska skäl (cirka 7 procent).

När frågorna slås ihop och bryts ner på inkomstnivå, visar det sig att klyftan mellan vuxna med låg inkomst och övriga inkomstgrupper är relativt sett större i Sverige än snittet för OECD (se figur 4.16). Andelen med låg inkomst i Sverige som avstått från att söka vård

eller hämta ut läkemedel är 2,3 gånger så stor som övriga inkomstgrupper. Motsvarande siffra för OECD är 1,8 gånger.

Figur 4.16 Andel som avstått från vård eller läkemedel på grund av kostnad, fördelat på inkomstnivå



Källa: OECD 2017



## 5 Analys och överväganden

I detta avsnitt redogör utredningen för några tidiga analyser, överväganden och utgångspunkter. Avsikten är att arbeta vidare med dessa till slutbetänkandet.

### 5.1 Inledning

I de föregående avsnitten har vi redogjort för styrning och ersättningssystem inom hälso- och sjukvården, samt hur olika grupper konsumerar vård. Vi har sett att det finns en bredd av styrformer och aktörer som på olika sätt styr vården och att styrningen varierar på olika sätt i landstingen. Vi har också sett att det finns skillnader i vårdkonsumtion mellan olika grupper, däribland olika socioekonomiska grupper. Mycket i utredningens kartläggning visar att vården inte konsumeras jämlikt.

I detta avsnitt redovisar vi några utgångspunkter när det gäller frågan om hur styrsystemen bättre kan främja måluppfyllelse, dvs. en jämlik och behovsbaserad hälso- och sjukvård. Med ”utgångspunkter” menar vi att det som redovisas här är en *första preliminär analys* som vi avser att använda som underlag för diskussioner och som vi kommer att bredda och fördjupa i det fortsatta arbetet med slutbetänkandet. I det fortsatta arbetet återstår också för utredningen att komma med förslag kring hur vården kan gå mot att bli mer jämlik och behovsbaserad.

## 5.2 Skillnader i kontakt med vården

**Utredningens sammanfattande slutsatser:** Den avgränsade kartläggning som utredningen har haft i uppdrag att göra ger en begränsad bild av jämlikhet i vården. Utredningen kan konstatera att olika grupper konsumerar vård olika. Skillnader finns mellan socioekonomiska grupper, kön, åldersgrupper och utifrån geografiska förutsättningar. Skillnaderna varierar beroende på vilken vårdnivå vi studerar. Utredningen har identifierat några områden som vi avser att belysa mer i det fortsatta arbetet:

- Det finns resultat som indikerar att grupper med svagare socioekonomi i större utsträckning underkonsumerar vård. De avstår i större utsträckning från att delta i screening samt från vårdbesök och läkemedelsuthämtning av ekonomiska skäl. De konsumerar också i större utsträckning slutenvård som hade kunnat undvikas.
- Analyser av vårdkostnad och besök i några landsting visar att de med svagare socioekonomi i genomsnitt konsumerar mer vård, men vid högre ålder är mönstret det motsatta.
- Befolkningens inställning till väntetider och vårdens tillgänglighet visar på olika mönster beroende på vilken grupp man studerar. Äldre tycker i högre utsträckning att väntetider är rimliga. Personer med lägre utbildning tycker i högre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver och att väntetider är rimliga. Båda är grupper som enligt kostnads- och besöksanalysen konsumerar mer vård, men individer som upplever dålig hälsa anger i mindre utsträckning att de har tillgång till den vård de behöver och att väntetider är rimliga.
- Konsumtion av vård styrs av många andra faktorer än vården i sig. Vården, samt vårdens organisation och styrning, kan påverka konsumtionen genom bemötande, tillgänglighet, kostnader och remittering. Strukturen med 21 huvudmän medför begränsningar vad gäller jämlikhet.
- Vad gäller tillgänglighet och förutsättningar för att erbjuda jämlik vård ser vi det som särskilt viktigt belysa skilda förutsättningar för tätort respektive glesbygd.



Avsnitt 4 visar att det finns skillnader mellan olika grupper i hur de konsumerar vård. Skillnaderna syns mellan socioekonomiska grupper samt mellan män och kvinnor, mellan stad och landsbygd och mellan åldersgrupper. Vi ser att socioekonomiskt svagare grupper i mindre utsträckning deltar i screening. Individer med svagare socioekonomi konsumerar mer primärvård. Det finns indikationer på att viss typ av primärvård – digital utomlänsvård – i dag främst konsumeras av individer från storstadsområden. Även användande av UMO visar på en betydande skillnad mellan storstadsområden i jämförelse med andra områden. De med hög inkomst använder sig i lägre grad av 1177 Vårdguiden men när användandet i stället bryts på utbildningsnivå är det en större andel med eftergymnasial utbildning som använder tjänsterna. De största skillnaderna mellan användare av 1177 Vårdguiden återfinns dock mellan kön, åldersgrupper och grupper med olika vårdbehov. Individer med lägre utbildningsnivå får i mindre utsträckning vissa behandlingar inom exempelvis cancer. En studie i Stockholms läns landsting visade att år 2012 var höginkomsttagare mer sannolika än låginkomsttagare att ha haft en första kontakt med vård som kräver remiss utan att först ha haft kontakt med vårdcentral.

Genom kostnadsdata från tre landsting har vi också kunnat se att bakgrundsfaktorer såsom kön, ålder, utbildningsnivå, inkomstnivå, arbetssituation och boendesituation korrelerar på olika sätt med en högre vårdkostnad och med besök. Exempelvis råder negativa samband mellan utbildning och vårdkostnader. Här finns även skillnader mellan landsting där Norrbotten, trots äldre befolkning och mer glesbygd, har en lägre andel än både Skåne och Västra Götaland som gjort minst ett besök under 2016. Slutsatser ska dras med försiktighet eftersom data från Norrbotten inte inkluderar privata aktörer i primärvården. Men tänkbart är att det bekräftar att den som har vården nära också besöker den mer. Besöksdata från Dalarna, Stockholm och Västra Götaland bekräftar i mångt och mycket dessa data. Var man är född visar på aningen spretiga resultat beroende på vilka data och vilka landsting vi studerar. Slutsatser ska dras med viss försiktighet eftersom dataseten har olika inklusionskriterier samt analyserar olika stora grupper. Dessutom ingår inte sjuklighet i analyserna vilket såklart medför svårighet att dra slutsatser kring behov. Utredningen ser att data i allmänhet förtjänar vidare analys i det fortsatta arbetet.

Resultat som särskilt bör belysas är att kostnadsanalysen visar att individer med lägre inkomst har mer kontakt med vården och högre kostnader för vård upp till att de är 80 år gamla. Därefter börjar de med högre inkomst att konsumera mer. Samma mönster gäller för låg och hög utbildningsnivå. Besöksdata från Västra Götaland visar på liknande tendenser genom att de med låg utbildning gör färre besök efter 65 års ålder, jämfört med de med högre utbildning. Även höginkomsttagare går om låginkomsttagare i besök till både primärvård och specialiserad vård vid 65 års ålder. Utredningen ser att det finns behov att fördjupa sig i detta i det fortsatta arbetet för att fullt ut förstå detta mönster. Det bör betonas att grupperna över 80 år, som indelningen ser ut i kostnadsanalysen, av förklarliga skäl är små och slutsatser ska dras med försiktighet även här.

Hälso- och sjukvårdsbarometerns frågor kring hur befolkningen upplever tillgänglighet antyder att vissa grupper, som givet resultatet i utredningens analys på kostnadsdata och besöksdata, har mer kontakt med vården också är mer positivt inställda vad gäller tillgång och väntetider. Exempelvis svarar äldre i större utsträckning att de anser att väntetider är rimliga, även om frågan om tillgång till vård är mer spretig. Ju lägre utbildning desto mer positiva svar kring både tillgång och väntetider. Var man är född visar även här på något spretiga resultat. Vi vet dock inte om de som svarar har olika mycket kontakt med vården. När de svarande i stället fördelas på hur de själva skattar sitt eget hälsotillstånd ser vi att de med dåligt hälsotillstånd i lägre utsträckning är positiva kring såväl tillgång som väntetider.

### *Konsumerar någon rätt och någon fel?*

En fråga som väcks i takt med att denna bild framträder är huruvida invånarna konsumerar den vård och den mängd vård de borde konsumera. Frågan är svår att besvara, och vi vet inte heller hur den optimala konsumtionen ser ut och om den ser olika ut för olika grupper. Eftersom vi vet att det finns ett samband mellan socioekonomi och hälsa kan vi dra slutsatsen att grupper med svagare socioekonomiska förutsättningar borde besöka vården mer än grupper med starkare socioekonomi. Men vi vet inte hur mycket de olika grupperna bör besöka vården. Vi börjar med en kommentar kring

kvantitet. Internationella jämförelser visar att svenska patienter träffar läkare färre gånger per år än i andra jämförbara länder. Siffran tar dessvärre inte hänsyn till besök till andra professioner än läkare. Men vad gäller läkarbesök är det kanske ändå en indikation på att vi i alla fall inte överkonsumerar vård i Sverige. Å andra sidan visar svensk sjukvård på brister vad gäller kontinuitet. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys beskriver i rapporten En primär angelägenhet att personkontinuitet i vården samvarierar med färre inläggningar, färre akutbesök, ökad produktivitet, bättre hälsa och att diagnos kan sättas tidigare. Detta indikerar alltså att vissa besök hade kunnat undvikas om kontinuiteten i vården hade fungerat bättre, eller om vissa individer hade konsumerat en annan vårdnivå i ett tidigare skede.

Det finns några uppgifter i avsnitt 4 som kan indikera att vissa grupper konsumerar för lite vård. Vi ser att socioekonomi har en inverkan på benägenheten att delta i screening vilket i sin tur får en effekt på risken för sjukdom och att behandlingsmöjligheterna kan begränsas. Vi ser också att slutna vård som hade kunnat undvikas är högre i områden med lägre medianinkomst än i områden med högre medianinkomst i Stockholm. Undvikbar slutna vård kan vara en indikation på att individer inte sökt den vård eller fått den behandling de behövt i den öppna vården. Vi ser slutligen indikationer på att individer med svagare socioekonomi i större utsträckning än övriga grupper avstår från vård av ekonomiska skäl. Även denna fråga ser utredningen ett behov att fördjupa sig i, i det fortsatta arbetet.

Den andra frågan är huruvida vi ”konsumerar rätt nivå” inom vården. Vissa avstår från att konsumera vård, trots att de behöver det. Antagligen är det också så att vissa upplever ett behov av vård och därför söker sig till vården, men att det upplevda behovet inte är för vården att hantera. Vissa konsumerar vård för att de behöver det, men vänder sig till fel vårdnivå. Forskning från andra länder visar å ena sidan att personer med lägre socioekonomi besöker akutmottagningar och allmänläkare i högre utsträckning (Filc et al 2014). Personer med högre socioekonomi å andra sidan träffar läkare inom den specialiserade vården mer och hämtar ut mer receptbelagda läkemedel. Det finns alltså lite olika mönster beroende på vilken grupp vi studerar. Vi vet inte om detta följer behoven. Frågan är komplex men det har länge uppmärksamats att svensk vård är sjukhustung, snarare än primärvårdsfokuserad, och kanske har detta en inverkan

på vilken vårdnivå patienter tror är bäst att vända sig till (se exempelvis SOU 2016:02).

Andra kulturella faktorer och nivå av hälsolitteracitet har antagligen också en stark inverkan på huruvida vissa individer alls uppsöker vård när behov finns.

### 5.2.1 Är det vårdens fel att vården inte konsumeras jämlikt?

Vården styrs av olika aktörer och på olika nivåer. Konsumtion av vård styrs inte minst av patienterna själva, som avgör när de söker vård och vart de då vänder sig. När vi i detta betänkande främst fokuserar på vårdkonsumtion är det viktigt att fundera över vilket ansvar vården, eller styrningen av vården, har över vem som konsumerar vilken vård. Det är lättare att se att ett stort ansvar ligger på vården när det gäller behandling och utfall (även om det här också finns mycket annat som spelar in). Genom kunskapsstyrning kan bästa kunskap spridas i vården och bidra till mer jämlik vård i patientmötet. Men kunskapsstyrning kan inte i sig förmå folk att aktivt söka sig till vården. Att förmå människor att ta en första kontakt med vården är en större fråga än vården i sig, som bland annat förutsätter att invånare har tillit till välfärdens institutioner. En intressant fråga är därmed vilka delar av vårdens arbete, samt organisering och styrning av vården, som faktiskt kan bidra till att göra konsumtionen av vård jämlik och behovsstyrd.

Det finns såklart delar i vårdmötet som kan påverka konsumtionen. Vidareremittering till annan vårdnivå påverkar konsumtionen för den som tagit en första kontakt med vården. Likaså kan bemötande i vårdmötet påverka huruvida en individ bestämmer sig för att söka sig tillbaka till vården eller inte, nästa gång behov uppstår. Hur väl vården arbetar aktivt för att anpassa sig efter olika patienters behov och med olika nivå av hälsolitteracitet kan ha en inverkan.

Kanske ökar förväntningarna på vår förmåga att hantera vår hälsa själva. Utvecklingen senaste decenniet har varit att röra sig mot att öka patientens ställning, samtidigt kanske denna utveckling också leder till högre krav på patienters kunskaper, för att kunna välja mellan olika behandlingar eller ta reda på vilken instans man ska vända sig till, eller att ens förstå att man själv bör kontakta vården. Vården bör ha förmågan att arbeta mer kompensatoriskt gentemot de grupper

som annars riskerar att underkonsumera vård eller att inte följa råd och rekommendationer kring egenvård. Hur sådana insatser bäst utformas kan kräva vissa överväganden. Resonemang kring detta förs av bland annat Kristensson (2017) och Vårdanalys (2016b).

En annan fråga som rör styrningen av vården och politiska prioriteringar är vårdens tillgänglighet. Det finns indikationer på att vi besöker vården mer om den finns nära. Här kan alltså styrning bidra till att säkra att vårdcentraler etableras där behoven finns. Prioriteringar och riktade aktiviteter kan också styra så att förebyggande vård såsom screening finns nära till hands i områden där deltagande är lägre. En annan aspekt av tillgänglighet är öppettider och goda och varierade kontaktmöjligheter. Frågan är högst relevant också vad gäller prioriteringar mellan stad och landsbygd, där tillgängligheten som regel är sämre utanför städer. Exempel på relaterade frågor som är viktiga att förstå bättre är hur nivå på patientavgifter, och frånvaro av patientavgifter påverkar konsumtionen.

Figuren nedan illustrerar några av de steg och faktorer som påverkar konsumtionen. Utredningen avser att fördjupa sig än mer i denna modell i det fortsatta arbetet med att urskilja vad som styrs av vården.

Figur 5.1 Modell över faktorer som påverkar vårdutnyttjandet



Källa: Burström 2008. Vårdanalys bearbetning

Utredningen har fått uppdraget att i detta delbetänkande följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar. Det bör betonas att vårdkonsumtion ger en begränsad bild av frågan om jämlikhet i vården. Det finns många andra variabler att studera, såsom resultat i vården, varför olika grupper får olika behandlingar eller olika läkemedel utskrivna. Konsumtion ger oss inte någon information om hur själva vårdmötet ser ut och om olika grupper bemöts olika i vården. I analysen har olika socioekonomiska grupper, i enlighet med direktiven, prioriterats. Även detta har sina begränsningar varför utredningen har valt att i viss mån också fokusera på andra grupper. De analyser på kostnads- och besöksdata som redovisas i avsnitt 4.2 visar inte minst på behovet av att ha med ålder och kön för att förstå skillnader i vårdkonsumtion. Det finns tydliga samband mellan variabler som inkomst, utbildningsnivå, ålder och kön. Förståelse för dessa samband är viktigt att bära med sig vid studier av socioekonomi. Skillnader i förutsättningar mellan stad och landsbygd har också samband med socioekonomi och demografi. Det är också viktigt att förstå att det i sin tur påverkar andra förutsättningar, såsom möjlighet att exempelvis rekrytera personal utanför tätbebyggda orter.

### **5.2.2 Det kommunala självstyret medför begränsningar när det gäller jämlikhet**

På flera olika nivåer har det sedan länge bedrivits arbete för att göra vården mer jämlik, inte minst sedan Öppna Jämförelser började publiceras år 2006 och skapade en medvetenhet kring problemen. Vården organiseras och styrs av en bredd av aktörer och system. Ansvaret för vården är delegerat till 21 landsting och 290 kommuner som alla har sin egen organisation, sina egna styrsystem och inte minst sina egna förutsättningar givet såväl geografi som demografi.

Det kommunala självstyret är grundlagsskyddat och hälso- och sjukvårdslagens ramlagsutformning är tänkt att ge landstingen och kommunerna stort utrymme att utforma vården efter lokala behov. Denna ansvarsfördelning riskerar bidra till bristande jämlikhet mellan landstingen. Vi ser också att det finns ojämlikheter såväl mellan som inom landsting. Ansvaret att nå ett nationellt mål om jämlikhet är inte heller något som i alla delar fullt ut kan anses vila på enskilda landsting. Samtidigt är likvärdigheten en portalparagraf i

hälso- och sjukvårdslagen. Och vid någon gräns anses antagligen ojämligheten vara för stor för att kunna accepteras.

Kunskapsstödsutredningen (SOU 2017:48) beskrev att staten visar tendenser till att försöka styra vården direkt i sina försök att göra vården mer jämlik. Det är förståeligt med tanke på statens övergripande ansvar, men det ökar också otydligheten i roller mellan aktörer och försvårar ansvarsutkrävande när brister framkommer. Kunskapsstödsutredningen lämnade förslag med syfte att, med bibehållen ansvarsfördelning, uppnå en högre likvärdighet i vården. Bland annat betonades att staten och landstingen bör återuppta det regelbundna samråd som föreslogs i förarbetena till den ursprungliga hälso- och sjukvårdslagen. Genom detta skapas ett forum där staten och landstingen gemensamt kan definiera mål och prioriteringar, men också gemensamt definiera vad som sker i form av ansvarsutkrävande när landstingen brister i att leverera den jämlika och goda vård de enligt lag ska leverera. Vidare betonades att staten behöver renodla och tydliggöra sitt kunskapsstyrande arbete.

### 5.3 Utgångspunkter för struktur, styrning och måluppfyllelse inom hälso- och sjukvården

**Utredningens sammanfattande slutsatser:** Måluppfyllelsen i form av en mer jämlik och behovsbaserad vård påverkas av många faktorer, till exempel förmågan att anpassa vården efter individers olika förutsättningar och behov, medarbetarnas utrymme att göra prioriteringar och att arbeta individanpassat samt om struktur, organisation, arbetssätt och kultur skapar och tillvaratar ett sådant utrymme.

Måluppfyllelsen främjas inte av hälso- och sjukvårdens struktur, med ett sjukhustungt system där både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen.

Det är svårt att bedöma enskilda styrmedels och det samlade styrsystemets betydelse för måluppfyllelse. Till det bidrar en komplex situation med många aktörer och en mångfald av styr signaler på olika nivåer. Staten styr ofta direkt mot den professionella nivån och passerar därmed ett flertal mellanliggande nivåer, vilket är problematiskt ur ett tillitsperspektiv.

Fasta ersättningar används i ökad grad i vården, vilket kan vara positivt för måluppfyllelsen, men variationen är genomgående stor när det gäller hur landstingens styrning utformas, till exempel uppdragets innehåll, kostnadsansvarets fördelning samt hur ersättningen riskjusteras.

Utredningen avser att i det fortsatta arbetet bland annat analysera

- en mer funktionell prioritering av den statliga styrningen,
- skillnaderna i landstingens styrning, vilka incitament och effekter på prioriteringar som uppstår samt om styrningen bör ensas,
- hur kunskapen om styrningen av den specialiserade vården kan öka,
- hur tilliten i styrningen kan öka mellan staten och huvudmännen med en tydligare rollfördelning,
- en färdväg mot en mer tillitsbaserad styrning.

Utredningen kommer i analysen utgå från de nyligen avlämnade betänkandena från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* och *Tillitsdelegationen*.

### 5.3.1 Några aspekter på styrning och jämlik och behovsbaserad vård

Vilka faktorer påverkar förutsättningarna att nå en ökad måluppfyllelse i form av jämlik och behovsbaserad vård? I detta avsnitt diskuterar vi några aspekter som vi bedömer kan ha betydelse för måluppfyllelsen.

#### *Patienters olika behov och förutsättningar medför komplexitet*

Som nämns i avsnitt 1 är en utgångspunkt för utredningen att det är på mikronivån, dvs. *i mötet med patienten*, som ”värdet” av vården uppstår. Det är där man kan säga något om hur väl hälso- och sjukvården når målen, till exempel en vård på lika villkor och efter behov.



Men att påverka mötet/interaktionen mellan patienten och vården förutsätter, enligt utredningens synsätt, åtgärder också på andra nivåer – verksamhets-, vårdgivar- och huvudmannanivå liksom åtgärder på nationell nivå – eftersom förutsättningarna för mikronivån beslutas av eller påverkas av dessa andra nivåer.

En central fråga för hälso- och sjukvårdens utveckling är dess förmåga att kunna hantera och anpassa sig till patienters olika behov och förutsättningar. Ett återkommande sätt att beskriva detta är att grovt förstå patienters behov i fyra kategorier: enkla, komplicerade, komplexa och kaotiska. Dessa kategorier ställer alla olika krav på bland annat organisering och arbetssätt i vården. Men vården är ännu i låg grad präglad av en sådan anpassning (SOU 2016:2, IFFS 2017).

Kan en ökad sådan individanpassning leda till ökad ojämlikhet? Troligtvis är det tvärtom. Bristande anpassning efter, och kompensation för, patienters skilda egenskaper och förutsättningar kan snarast vara en bidragande förklaring till att det uppstår omotiverade skillnader i vården (Vårdanalys 2014c). Om vårdgivare utgår från patientens unika förutsättningar och egenskaper, bör den anpassning och kompensation som i dagsläget verkar brista, bli ett mindre problem och följaktligen leda till minskade omotiverade skillnader.

### *Medarbetarnas utrymme*

I flera utredningar framkommer också som ett centralt tema att vårdens medarbetare behöver få ökat utrymme både för det medicinska arbetet i sig och för att låta medicinska prioriteringar vara styrande i arbetet (se till exempel SOU 2017:56). Det behövs med andra ord ett ökat handlingsutrymme för att anpassa arbetssätten. En del i denna analys handlar om att både mångfalden av och detaljeringsgraden i styrningen har en direkt påverkan på mötet mellan hälso- och sjukvårdens personal och patienten. Professionerna behöver ges utrymme utan styrsignaler som skapar motstridiga incitament.

*Struktur, organisation och arbetsätt behöver skapa utrymmet*

Som uttrycktes redan i förarbetena till den ursprungliga HSL (se avsnitt 2.1) behöver hälso- och sjukvårdens struktur och organisering (inriktning och utformning) skapa förutsättningar för att de medicinska prioriteringarna och behoven ska komma i förgrunden. I detta ligger inte bara en minskad detaljstyrning utan också till exempel ändrad organisering och ändrade arbetsätt som medger ökad behovsanpassning, ökad diversifiering och olika ingångar till vården. Såväl landstingens som statens styrning behöver utformas med utgångspunkt i vårdens komplexitet. Denna består inte bara i att det finns flera nivåer i systemet, utan är delvis en spegling av komplexiteten i tjänsterna och variationen i patienternas behov.

I förarbetena till nya hälso- och sjukvårdslagen (2017:30) slås också fast att hälso- och sjukvårdshuvudmännen och vårdgivarna har ett grundläggande ansvar för att bidra till uppfyllelsen av målen för hälso- och sjukvården. Det förutsätter bland annat god ledning, planering och samverkan samt att kvaliteten i verksamheten systematiskt utvecklas och säkras (prop. 2016/17:43). I regeringens proposition *God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälsopolitik* (prop. 2017/18:249) framhålls att hälso- och sjukvårdens organisering är avgörande för att skapa förutsättningar för en jämlik vård vad gäller både tillgång till vård och kvalitet i behandlande, främjande och förebyggande insatser. Organisering innefattar ledning och styrning men även uppdrag och uppföljning.

Som beskrivs ovan har olika patienter med olika diagnoser och i olika sjukdomsfaser behov av olika insatser som behöver koordineras och integreras genom olika typer av organisering. Olika logiker behöver präglade organisation och arbetsätt i vården beroende på vilken patient det handlar om. Ekholm och kollegor (IFFS 2017) betonar att

[m]ånga processer är industrialiserbara, där vården kan bli bättre och mer automatisk, men våra kroppar, hälsa i allmänhet och omsorg i synnerhet, är komplexa system. För dessa typer av system finns inga bästa lösningar eller metoder. [...] Det finns bara lärande.

Men hälso- och sjukvårdens styrning och organisering präglas i låg grad av en sådan behovsanpassning i dag.

*Det behöver finnas stöd i prioriteringar*

I propositionen till den nya hälso- och sjukvårdslagen betonar regeringen vikten av att hälso- och sjukvårdspersonalen ges goda förutsättningar att bidra till en hälso- och sjukvård enligt lagstiftningens målbild (prop. 2016/17:43). Ett sådant stöd kan sannolikt handla om många olika saker, till exempel att man lokalt utformar arbetssätt som understödjer att de med störst behov ges företräde till vården. Det kan också handla om att ha tillgång till relevanta kunskapsstöd eller sökmöjligheter, att ha tillgång till sina egna patienters samlade utfallsdata på ett lättöverskådligt sätt och tid att analysera och beakta dem. Det kan vidare handla om att ha tillgång till metodstöd för, och möjlighet att delta i utvecklingsarbete.

Det behövs också sätt att enklare klara ”trycket” från de som har höga förväntningar men inte de medicinska behov som motiverar att de ska prioriteras.

*Helhetsperspektiv och jämförelser*

Givet komplexiteten i hälso- och sjukvårdssystemet är det svårt att förutse och överblicka konsekvenser i det samlade systemet vid ändringar. Denna insikt kan nu sägas manifesteras sig i den pågående trend vi ser mot helhetsperspektiv/systemperspektiv, tillitsbaserad styrning (där handlingsutrymme för att hantera komplexiteten utgör en viktig aspekt) och ökade krav på samverkan (för helhetsperspektiv snarare än standardiserade stuprör).

Den uppföljning som görs behöver återspegla måluppfyllelsen när det gäller jämlik och behovsbaserad vård. Det behövs systematisk analys av skillnader och att den återkopplas samt att någon kan ta till sig och använda det som återkopplas.

*Hälso- och sjukvårdens organisationskultur har stor betydelse och kan mötas med mer informell styrning*

Kulturen inom hälso- och sjukvården kan vara ett starkare styrmedel än de styrmedel som ”kommer uppifrån” (SOU 2016:2). Med kultur avses i sammanhanget värderingar och förhållningssätt som skapar synliga arbetssätt och beteenden eller sätt att tänka, det vill säga inte

det faktiska handlandet i sig utan de värderingar som ligger bakom agerandet såväl på individnivå som organisationsnivå. En följd av bland annat de domäner som nämnts ovan (avsnitt 3.3.1) och de tydliga professionerna inom hälso- och sjukvården är att det finns starka kulturer och tendenser till ”vi-och-dem”-förhållningssätt. Ett beslut eller ett direktiv ”uppifrån” mottas ibland med skepticism bara på grund av att beslutsfattaren är den hen är oavsett innehållet i beslutet eller direktivet. Det kan finnas en outtalad legitimitet att ignorera eller ”ta lätt på” direktiv som kommer uppifrån. Omvänt kan det innebära att till exempel ledningsfunktioner utökar försöken att kontrollera verksamheten, Därmed har den bristande tilliten genererat formell styrning, till exempel i form av kontrollmekanismer som ersättning för tillit (SOU 2016:2). Här kan styrningen behöva öppna för ett större handlingsutrymme, vilket kan kompenseras med mer interaktion beställare/utförare emellan, inklusive dialog (informell styrning) för att säkerställa förståelse för syftet och uppdraget.

### 5.3.2 Hälso- och sjukvårdens struktur främjar inte en jämlik och behovsbaserad vård

En slutsats utifrån tidigare studier och analysen i föregående avsnitt är att primärvården kan ha en viktig omfördelade funktion eftersom de med lägre socioekonomi, och antagligen också högre ohälsa, konsumerar mer primärvård. Som konstaterades i avsnitt 4.3 har geografisk närhet till vården ett samband med hur mycket kontakt vi har med vården, där ett ökat utbud påverkar i form av ökad konsumtion. Respektive landstings ansvar för att utreda och planera hälso- och sjukvårdens inriktning och utformning borde därmed innebära att primärvården ges en stark ställning och att utbud, tillgänglighet och funktionssätt motsvarar medborgarnas behov.

Som framkommit är bilden av dagens hälso- och sjukvård en annan, med ett sjukhustungt system där både utbudet av primärvård och tillgången till kontinuitet varierar mellan landstingen och där de nya digitala initiativ som vuxit fram ännu inte nått utanför tätbebyggda områden med god tillgänglighet.

Det finns en tydligt uttryckt vilja att omstrukturera hälso- och sjukvården som vi bedömer kan innebära steg mot en struktur och organisering som främjar en mer jämlik och behovsbaserad vård. I propositionen *Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en*

*förstärkt vårdgaranti* (prop. 2017/18:83) gör regeringen bedömningen att

alla vårdens intressenter och aktörer bör sträva åt samma håll i omstruktureringen av svensk hälso- och sjukvård. En förflyttning bör ske från dagens sjukhustunga hälso- och sjukvård till en förstärkt första linjens hälso- och sjukvård. Grunden är en god och nära vård som tydligt utgår från patientens behov.

Regeringen föreslår vidare att landstingen ska organisera hälso- och sjukvårdsverksamheten så att vården kan ges nära befolkningen. Om det är motiverat av kvalitets- eller effektivitetsskäl, får vården koncentreras geografiskt. Regeringen bedömer i sammanhanget att vården bör ges som öppen vård i första hand. Förslagen utgår från delbetänkandet från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* (SOU 2017:53). Den utredningen har vidare i delbetänkande den 1 juni 2018 föreslagit ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården (SOU 2018:39).

En utgångspunkt för föreliggande utredning i denna del är att det pågående arbetet kan skapa förutsättningar för en ökad måluppfyllelse när det gäller jämlik och behovsbaserad vård. Utredningen kommer att i den fortsatta analysen följa beredningen av delbetänkandet från utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård*.

### **5.3.3 Det är svårt att veta om styrsystemen främjar en jämlik och behovsbaserad vård**

Redan för ett drygt decennium sedan konstaterade *Ansvarskommittén* att mångfalden av styrmedel och en tilltagande volym av styrsignaler från olika nivåer bidrar till otydlighet. Det är i praktiken omöjligt att överblicka vare sig hur de enskilda styrmedlen i sig verkar eller vilka sammantagna effekter de ger (SOU 2007:10). I utredningen *Effektiv vård* (SOU 2016:2) framhölls att den massa av aktörer som ägnar sig åt styrning bidrar till en komplex situation, där aktörernas roller är oklara och där det saknas samordning av styrningen.

Vår bedömning efter genomgången av styrande nivåer och styrsystem i avsnitt 3 är att dessa konstateranden står sig i lika hög grad i dagens hälso- och sjukvård. Styrsystemen är inte ”sammanhängande system” utan en mångfald av styrsignaler på olika nivåer.

*Flera nivåer styr parallellt*

En svårighet är att styrningen utövas på flera nivåer samtidigt. Som nämnts ovan har vart och ett av landstingen huvudansvaret för hälso- och sjukvården inom sitt eget län. Erfarenheterna visar att det är svårt för landstingen att gemensamt prioritera eller styra hälso- och sjukvården. Statens övergripande systemansvar har i många fall inneburit att man sökt styra vården, till exempel för att minska geografiska skillnader mellan landstingen eller för att åstadkomma gemensamma prioriteringar i olika frågor. Men som bland annat Riksrevisionen konstaterat är det en svår uppgift för staten att ta ett övergripande ansvar för hälso- och sjukvården på ett sätt som uppfattas som legitimt (Riksrevisionen 2017) och som ger rätt förutsättningar för förändring. Den ”idealbild” av styrningen som målas upp i avsnitt 3 (se figur 3.3) existerar sällan i verkligheten. Statens styrning kan träffa på alla nivåer samtidigt som den också omsätts av landstingsledningarna. Det kan därför ibland vara svårt att veta varifrån styrningen kommer och vem som är mottagare av styrningen.

Även Kunskapsstödsutredningen (SOU 2017:48) noterade svårigheter för staten att styra i ett system där ansvaret i så stor utsträckning har delegerats till huvudmännen. Slutsatsen var att staten i dagens system var beroende av att huvudmännen kunde agera tillsammans och dessutom i samverkan med statliga myndigheter och professionerna. Dessutom bör de olika styrande aktörerna renodla och tydliggöra sina ansvarsområden för att ansvar också ska kunna utkrävas vid brister.

Ett nationellt system för kunskapsstyrning är i dag under uppbyggnad av landstingen gemensamt och med stöd av SKL. Även när det gäller kunskapsstyrning förefaller det som staten har svårigheter hitta sin roll.

*Styrningen är mångfaldig, splittrad och otydlig*

Ansvarskommittén (SOU 2007:10) uttalade att det råder en bristande kunskap om vilka styrformer som ger önskad effekt eller vilka som passar för en viss verksamhet. Det är inte sällan oklart varför en viss styrform väljs framför en annan. Överstyrning kan uppstå när äldre styrmetoder behålls samtidigt som nya lanseras utan att det

finns kunskap om huruvida den redan befintliga styrformen lett till ett önskat resultat.

Även om man stannar vid den statliga styrningen kan konstateras att den är ytterst mångfaldig. Inom rådet för statlig styrning med kunskap där de centrala statliga kunskapsmyndigheterna inom vård och omsorg ingår<sup>1</sup> gjordes bedömningen att myndigheternas samlade rapportmängd förmodligen utgörs av flera tusen publikationer, varav drygt 600 rapporter publicerades under ett år.

Statskontoret har konstaterat att det är svårt för staten att följa upp utvecklingen av styrningen. Det saknas övergripande och samlad information om flertalet styrmedel, det är svårt att definiera vem som är mottagare av styrningen, och kombinationen av styrmedel försvårar (Statskontoret 2016a). Även när det gäller enskilda centrala statliga styrmedel kan det vara otydligt vem som är mottagare av styrningen. En utvärdering av patientlagens effekter visar att skyldigheterna är otydliga; det finns en betydande osäkerhet om var skyldigheterna finns, vad de innehåller och vem de träffar. Det är i vissa fall svårt att avgöra vem som har ansvaret för att fullgöra en skyldighet (Vårdanalys 2017d).

### *Styrningen är kortsiktig och kännetecknas av punktinsatser*

Den statliga styrningen har under lång tid präglats av punktinsatser genom specialdestinerade bidrag och som nämnts har flera instanser påpekat att staten ägnar sig åt detaljstyrning. Sedan cirka tio år har staten via överenskommelser med SKL portionerat ut specialdestinerade statsbidrag. Exempel är sjukskrivningsmiljarden, kömiljarden, psykiatriöverenskommelserna, cancervården, professionsmiljarden, bidrag till förlossningsvården, patientsäkerhetsöverenskommelsen, med flera. Trots en inriktning mot att lämna denna typ av styrning till förmån för annan mer långsiktig styrning där staten i större utsträckning stöttar landstingen via det generella statsbidraget kan konstateras att för 2018 finns cirka 15 specialdestinerade bidrag inom

---

<sup>1</sup> Se förordningen (2015:155) om statlig styrning med kunskap avseende hälso- och sjukvård och socialtjänst. I rådet ingår myndighetscheferna för E-hälsomyndigheten, Folkhälsomyndigheten, Forskningsrådet för hälsa, arbetsliv och välfärd, Inspektionen för vård och omsorg, Läke-medelsverket, Myndigheten för delaktighet, Socialstyrelsen, Statens beredning för medicinsk och social utvärdering och Tandvårds- och läkemedelsförmånsverket.

hälso- och sjukvården, som ingår som delar i överenskommelser mellan regeringen och SKL. Därutöver finns en lång rad specifika satsningar men som ingår i anslaget för kommunalekonomisk utjämning.

Däremot är det ännu sällsynt med styrning för att mer långsiktigt bygga infrastrukturer för styrning och utveckling. Satsningen på Nationella kvalitetsregister är ett av få exempel med bäring på jämlik vård. Registren är en viktig grund för jämförelser och förbättringsarbete, vilket i sin tur kan bidra till en mer jämlik vård. Ett annat exempel är cancerområdet, där den nationella cancerstrategin (SOU 2009:11) haft som syfte att bidra till ökad jämlikhet bland annat genom en nationell nivåstrukturering och införandet av standardiserade vårdförlopp.

#### *Utredningen kommer att fördjupa analysen i det fortsatta arbetet*

Vår övergripande slutsats är att styrningen i ett så komplext system som hälso- och sjukvården medför att det är svårt att sortera vilken styrning som har genomslag i ett enskilt fall. Det kan därmed komma att bli svårt att uttala sig om enskilda styrmedels och det samlade styrsystemets betydelse för måluppfyllelse.

Som framgår av avsnitt 3 är det vanligt att ”jämlik vård” nämns som en utgångspunkt eller ett syfte med olika statliga initiativ. Men mer sällan verkar det finnas en koppling mellan de åtgärder som ska vidtas och en stärkt måluppfyllelse samt konkreta insatser för, eller krav på, att man ska mäta det. De olika initiativen fokuserar oftast på en mer eller mindre avgränsad del av vården.

En utgångspunkt för det fortsatta arbetet är därmed frågan om det går att se en koppling mellan de områden där måluppfyllelsen är som lägst och vilka områden som staten valt att satsa på och om inte, hur man kan åstadkomma en mer funktionell prioritering av den statliga styrningen. En annan fråga är i vilken mån satsningarna innebär att något annat nedprioriteras. Även om det är svårt att slå fast att styrningen inte främjar jämlikhet och behovsbaserad vård så finns det fog för att hävda att dessa mål kan skymmas av frågor som verkar mer akuta.



### 5.3.4 Landstingens styrning är varierande

Även landstingens styrning präglas av mångfald. Även om det finns klart positiva tendenser inom kunskapsstyrningsområdet, får konstateras att landstingen ännu bara undantagsvis agerar gemensamt och tar ett gemensamt nationellt ansvar för hälso- och sjukvården.

När det gäller de enskilda landstingens styrning utgör många olika styrdokument eller styrsignaler delar av den sammantagna styrningen. Som framgår av genomgången i avsnitt 3.5 används de olika styrmedlen parallellt, till exempel uppdragsformuleringar, fördelning av kostnadsansvar, ersättningsprinciper, ersättningsnivåer och uppföljning.

En observation från utredningens möten är att det saknas en tydlig evidens eller vetenskap om *hur* man kan justera styrningen, till exempel i form av ersättningsmodellen för att uppnå ett önskat resultat. Forskningen på detta område är fortfarande ytterst knapphändig. Det har också framkommit från utredningens möten att detta är extremt kunskapsintensiva frågor där fördelningen på 21 huvudmän (som alla gör olika) är en nackdel, även om kunskapsutbyte mellan landstingen förekommit.

Förändringar verkar därmed främst präglas av lärande mellan landstingen och stegvisa förändringar. En sådan förändring är visserligen en trend mot att landstingen i ökad grad använder fasta ersättningar – kapitering i primärvården och anslagsfinansiering i den specialiserade vården. Men trots det ömsesidiga lärandet visar genomgången i avsnitt 3.5 att variationen är stor när det gäller mer exakt hur landstingens styrning utformas. Det gäller genomgående i allt från uppdragets innehåll, kostnadsansvarets fördelning och omfattning, graden av kapitering, hur viktningar görs och hur uppföljningen sker.

Möjligen finns en tendens till att styrningen under senare år rört sig från kontrollerande detaljstyrning till ökade inslag av informell styrning, till exempel genom dialog. En fråga som väckts av de studier vi sett är i vilken mån denna typ av styrning verkligen används som en dialog för att skapa förståelse och för att vidareutveckla styrningen, uppdrag och ersättningar.

Vad utredningen hittills kunnat se finns ytterst lite av systematisk utvärdering av effekter av både enskilda komponenter i styrningen

och hur dessa samverkar och hur de står sig i jämförelse med varandra. Det väcker många frågor som utgångspunkt för utredningens fortsatta arbete. Vad motiverar dessa skillnader? På vilken grund sker de ständiga förändringarna i styrningen? Finns det något mönster? Vad leder skillnaderna mellan landstingen till? Är det rimligt med så stor variation och bör systemen/modellerna ensas?

En utgångspunkt för den fortsatta analysen kommer även vara förslagen i betänkandet *God och nära vård – En primärvårdsreform* (SOU 2018:39), bland annat vad avser ett nationellt utformat grunduppdrag för primärvården.

### Landstingens styrning i förhållande till måluppfyllelse

I förhållande till måluppfyllelse finns ytterligare frågetecken i landstingens styrning. Ett exempel är hur besöksersättningar och kostnadsansvar fördelas. I teorin kan finnas både för- och nackdelar med de olika lösningarna men det finns ännu lite kunskap om vilka incitament som ersättningsystemen faktiskt skapar och vika effekter det får för vårdgivare och patienter, till exempel i förhållande till måluppfyllelsen.

#### *Ersättningsmodellerna och måluppfyllelse*

Hälso- och sjukvårdens ersättningsmodeller har getts en tämligen genomgående belysning de senaste åren, bland annat i Tillitdelegationens delbetänkande *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* (SOU 2017:56).

Var och en av ersättningsprinciperna har ett antal teoretiska effekter som närmare beskrivs i en rapport från SNS (Lindgren 2014), se Tabell 5.1.

Tabell 5.1 Teoretiska effekter av olika ersättningsmodeller

	Anslag	Kapitation	Produktgrupp		Åtgärd	Resultat	
			Värdeperiod -ersättning	DRG		Mål	Värde
Positiva	God kostnads-kontroll	God kostnads-kontroll	Hög produktion Sammanhållna vårdkedjor Lägre kostnad per episod	Hög produktion Lägre kostnad per tillfälle	Hög produktion	Möjlighet att parera oönskade effekter från grundmodellen	Patientfokus Ekonomiska och professionella mål pekar i samma riktning
Negativa	Låg produktivitet Övervältning av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Låg produktivitet Övervältning av patienter till andra vårdgivare Kvalitet	Patient-selektion	Kvalitet Patient-selektion Manipulation av kodning	Dålig kostnads-kontroll Leverantörsstyrd efterfrågan (supplier induced demand) Låg effektivitet	Patient-selektion Målkonflikter Effekter utanför systemet Manipulation av kodning	Manipulation av kodning

Källa: Lindgren 2014

Som framgår av analysen har *alla* ersättningsprinciper både för- och nackdelar. Sett till en jämlig och behovsstyrd vård har det bedömts att fasta ersättningar (vilket numera primärt används) skapar risk för snedvridande incitament, eftersom det lönar sig att lista så många patienter som möjligt men att främst behandla de lättare fallen (SOU 2017:56). Mot detta kan argumenteras att fasta ersättningar också anses ge större utrymme för professionen att göra medicinska prioriteringar, vilket skulle kunna ge bättre förutsättningar för en mer behovsstyrd vård och jämlig vård.

Att landstingen infört justeringar i ersättningen på olika sätt, till exempel ACG och CNI, får förstås som ett sätt att parera de möjliga snedvridande incitamenten och att skapa förutsättningar för adekvata prioriteringar.

Konkurrensutsättning och fri etablering påverkar också incitamenten eftersom patienterna kan vända sig till en annan aktör. I Tillitsdelegationens intervjuer uppger både utförare i landsting som tillämpar kapitering och utförare i landsting med stor andel besöksersättning att ersättningsmodellen stimulerar en hög tillgänglighet (SOU 2017:56).

I det fortsatta arbetet avser utredningen att fördjupa analysen av ersättningsmodellernas påverkan på prioriteringar och måluppfyllelse.

#### *Landstingens styrning av den specialiserade vården*

Som konstaterats i avsnitt 3 är styrningen av den specialiserade vården endast mer fläckvist belyst. Detta är naturligtvis ett problem ur flera perspektiv. Denna del av vården utgör den resursmässigt klart största delen, vilket motiverar en genomlysning. Det finns vidare ganska starka indikationer på att måluppfyllelsen ifråga om effektivitet inom den sjukhusbaserade vården kan vara ett problem (Kittelsen 2015). Slutligen har den specialiserade vården en avgörande betydelse för att åstadkomma den omstrukturerad vård som den svenska hälso- och sjukvården står inför. En utgångspunkt för utredningen i arbetet med slutbetänkandet bör därmed vara att öka kunskapen om styrningen inom den specialiserade vården.

### **5.3.5 Att gå mot tillitsbaserad styrning och ökad måluppfyllelse**

Styrningen av hälso- och sjukvård innebär som tidigare framhållits styrning i ett komplext system. Exemplet i figur 3.3 visar på sex nivåer och olika former av styrmedel. Sex nivåer som alla har ett gemensamt mål – att skapa hälsa. Ett annat sätt att se på exemplet är att det illustrerar fem nivåer med inriktning att påverka den sjätte nivån (närmast patienten), där mervärdet skapas i mötet mellan patient och vårdpersonal. Det säger sig självt att det inte är enkelt att skapa ”ordning och reda” i ett sådant system. Ansvaret för respektive nivå behöver definieras och tydliggöras, vilket dock inte alltid är helt lätt och inte sällan blir föremål för olika tolkningar.

#### *Staten*

En reflektion om tillitsbaserad styrning är att relationerna mellan den statliga nivån och huvudmannanivån, liksom mellan olika huvudmän hittills har tenderat att komma bort i diskussionen om tillit. Fokus

har vad vi kunnat se hittills till stor del handlat om hur en tillitsbaserad styrning kan utövas inom ett landsting eller en kommun, även om hela ”styrkedjan” finns med i de teoretiska utgångspunkterna för *Tillitsdelegationens* arbete (SOU 2018:38).

Ramlagstänkandet i HSL signalerar verkligen tillit, att landstingen ska utforma och planera vården efter sina lokala och regionala behov. Men i översikten av statlig styrning ovan (avsnitt 3) framkommer att staten återkommande frångår denna ramlagstanke och ägnar sig åt detaljstyrning med olika styrmedel. Som nämnts har avsikten med många av styrförsöken varit att ta ett övergripande ansvar för bristande måluppfyllelse, särskilt ifråga om jämlik vård. Det är illustrativt för en inneboende målkonflikt i flernivåstyrningen. En utgångspunkt för utredningens fortsatta arbete bör därmed vara hur staten på ett mer tillitsfullt sätt kan stödja landstingen att öka måluppfyllelsen. Detta inryms sannolikt även i *Tillitsdelegationens* pågående arbete, vilket kommer att slutrapporteras den 18 juni 2018 (dir. 2016:51). Föreliggande utredning kommer i den fortsatta analysen följa det fortsatta arbetet med *Tillitsdelegationens* slutbetänkande.

Ett problem i sig är att högre nivåer i ett hierarkiskt system principiellt är ansvarigt för alla underliggande nivåer. Ett uttryck för detta är den mediala debatten där staten som ytterst systemansvarig inte sällan ställs till svars för problem med köer eller bristfällig behandling på enskild vårdinrättning. I ett system med många nivåer uppstår lätt en tendens till att passera förbi ett antal nivåer. Från högre nivåer styr man direkt mot till exempel den professionella nivån. En slutsats så här långt i utredningens arbete är att detta är vanligt förekommande inom hälso- och sjukvården. Som visades i *Effektiv vård* (SOU 2016:2) ägnar sig staten inte sällan åt styrning direkt mot den professionella nivån och därmed passerar staten ett flertal mellanliggande nivåer. Ur ett tillitsperspektiv kan det ses som ett problem.

Lagstiftning är ett av statens viktigaste styrmedel. Direktiven till denna utredning handlar till betydande del om att relatera till HSL, främst några av dess portalparagrafer om vård efter behov och kravet på jämlik vård. HSL är en ramlag och tolkningen av vård efter behov respektive jämlik vård är inte helt enkel.

När det gäller de specialdestinerade bidragen agerar staten troligen oftast utifrån sitt övergripande systemansvar. Staten försöker åtgärda identifierade problem- och nyckelområden via statsbidrag

förenade med ofta tämligen detaljerade överenskommelser, som i den mån de är fleråriga dessutom har en tendens att öka i detaljeringsgrad för varje år. Fenomenet med specialdestinerade statsbidrag förenade med detaljrika överenskommelser kan inte sägas indikera höggradig tillit mellan staten och huvudmännen.

Frågor att hantera i utredningens fortsatta arbete blir bland annat hur tilliten kan öka mellan staten och huvudmännen i syfte att åstadkomma en mer tillitsbaserad styrning från statens sida. En ytterligare fråga att hantera är om statens roll kan förtydligas.

### *Landsting*

Som berörts ovan kan kapitering betraktas som en ersättningsform som, beroende på vårdgivarens interna styrning, kan ge större handlingsutrymme åt verksamheter och medarbetare än åtgärdsbaserade ersättningar som i detalj ersätter en viss typ av prestation. Vidare kan förändringen i ersättningsmodellerna övergripande anses ha medfört bättre förutsättningar för verksamhetsutveckling och innovationer. Ett av hindren för innovation, nämligen att ersättningen är för detaljerad (LHC 2017), kan sägas ha mildrats i och med förskjutningen från rörlig och målbaserad ersättning till fast riskjusterad kapitationsersättning.

Att intresset för målbaserad ersättning har minskat kan hänga samman med utvecklingen i användning av prestationsmätning och uppföljning av indikatorer sedan vårdvalet infördes. Inledningsvis handlade det mycket om att följa upp volymer av aktiviteter där fokus låg på att mäta produktivitet och efterlevnad till villkor för att få bedriva primärvård. Över tid har prestationsmätning börjat användas mer som stöd i dialog med vårdgivare i syfte att utveckla arbetsmetoder och förbättra kvaliteten kopplat till specifika förutsättningar hos vårdgivare. Det är oklart om antalet indikatorer som följs upp har minskat. Däremot har det som mäts med indikatorerna ändrats – från att främst fokusera på produktivitet till att handla om kvalitet. Men det är svårt att hitta mått som på ett bra sätt speglar kvalitet i primärvården. Det som mäts är oftast processmått som speglar följsamhet till evidensbaserade riktlinjer och liknande. Utvecklingen av *PrimärvårdsKvalitet* på SKL är ett steg framåt när det

gäller möjligheterna att utvärdera kvalitet i primärvården och möjligheterna till internt förbättringsarbete. Användningen av information har sakta börjat utvecklas från att utkräva ansvar genom att belöna eller sanktionera vårdgivare ekonomiskt till att utgöra ett stöd i utvecklings- och kvalitetsarbete genom återkoppling av utfall.

### *Hur uppstår tillit?*

Kraven på en mer tillitsbaserad styrning har vuxit sig stark under senare år av skäl som angivits ovan. Principerna om viktiga karakteristika för en mer tillitsbaserad styrning har *Tillitsdelegationen* pekat på i sitt delbetänkande och kommer säkerligen att ytterligare utvecklas i delegationens slutbetänkande, som överlämnas i juni 2018. Tillitsdelegationens uppdrag kan även ses som den tydligaste ansatsen under senare år för att stärka förutsättningarna för behovsbaserad vård. Direktiven betonar att ”verksamheten ska utvecklas på ett rättssäkert, behovsstyrt, ändamålsenligt, samhällsekonomiskt effektivt sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna”. Genom att i styrningen skapa utrymme för professionerna och ha tillit till att vårdgivaren ger vård utifrån individens behov stärker man förutsättningarna för behovsbaserad vård.

En fråga som återstår är dock hur man når dit. Detaljstyrning och detaljerad kontroll har redan vuxit sig stark i det svenska samhället. Bristen på tillitsbaserad styrning har diskuterats inom skolan, polisen och andra institutioner. Omfattande administration har byggts upp för att konstruera, underhålla och utveckla de nuvarande styrsystemen. Uppstår ett problem i vården har reaktionen nästan reflexmässigt varit att inrätta en ny indikator som ytterligare utökar den administrativa bördan för vårdpersonalen. Eventuellt kopplas dessutom ersättning till den nya indikatorn. Samhället har etablerat en ny styrkultur och att ändra en styrkultur som engagerar ett stort antal personer är troligen inte lätt. Det är erfarenhetsmässigt lättare att lägga till nya krav än att rensa i styrningen.

Den självklara grunden för tillitsbaserad styrning är tillit. Detta faktum tycks paradoxalt nog vara lätt att förbise. Finns inte tillit mellan staten och landstingen, mellan landsting och kommun eller mellan beställare och utförare så är vägen till tillitsbaserad styrning

lång. Själva existensen och utvecklingen emot detaljerad och kontrollerande styrning, dessutom med en väldig mångfald i initiativ och styrformer, talar för att det allvarligt brister i tilliten inom hälso- och sjukvårdssystemet.

Hälso- och sjukvården karakteriseras av starka professioner närmast patienten, ett faktum som inte heller självklart underlättar tillits-tänkande. Det finns revirtänk mellan yrkesgrupper och starka kulturer i vården. Som nämnts finns också klassiska motsättningar mellan vårdens professioner och centrala administratörer och politiker, de tre domäner som nämns i avsnitt 3. Dessa motsättningar riskerar ta sig uttryck i detaljstyrning och kontroll.

En viktig styrningsfråga när det gäller tillit är hur kontroll utövas. Självklart krävs kontrollsystem, som dessutom ska vara likvärdiga för offentliga respektive privata utförare. Det handlar om skattebetalarnas pengar och våra gemensamma tillgångar. Tendensen har varit att kontrollera via rapportering, eller att ställa krav på olika former av plandokument, policys, med mera. Indikatorer har använts som kontrollinstrument i stället för förbättringsunderlag för vårdpersonalens arbetssätt. Tolkningen av till exempel medicinska resultat är dessutom inte helt lätt eftersom de påverkas bland annat av patienturvalet. Kunskapsstödsutredningen pekade på läkemedelskommittéernas ofta framgångsrika dialogbaserade uppföljning.

Dialog i olika former ger också förutsättningar att sprida innovativa lösningar på problem mellan vårdgivare. Resultaten stödjer också resonemangen av Anell (2014) om att indikatorer kan användas på olika sätt. Prestationsmätning kan utgöra en god grund för verksamhetsutveckling om utfallet i indikatorer sätts i ett sammanhang och återkopplas till verksamheter. Synen på prestationsmätning är att den i högre grad uppfattas som en stödjande form av styrning i modeller med stort inslag av dialog.

Utredningen kommer i sitt fortsatta arbete behöva ta fram någon form av färdväg mot en tillitsbaserad styrning. Hur etableras tillit? Utredningen kommer behöva identifiera goda exempel och analysera nyckelfaktorer för framgång.



## 6 Utredningens fortsatta arbete

I detta delbetänkande har utredningen gjort vissa *första preliminära analyser* med fokus på styrsystem och vårdkonsumtion utifrån socio-ekonomisk indelning. Mot denna bakgrund avser vi nu arbeta vidare med uppdraget. Även om uppdraget innehåller ett antal skilda frågeställningar som vi kommer att försöka besvara i arbetet med slutbetänkandet ser vi att den för uppdraget gemensamma nämnaren och röda tråden *styrning för en mer jämlik vård* fortsatt kommer att vara ledande i arbetet.

### 6.1 Det fortsatta arbetet kommer ske i bred dialog med aktörer i vården

Avgränsningarna och den snäva tidsramen för utredningens arbete med delbetänkandet har medfört begränsningar i möjligheterna att arbeta utåtriktat och föra dialog med företrädare för alla aktörer inom vården. I arbetet med slutbetänkandet kommer vi att vidga det utåtriktade arbetet. Vi avser att i ökad utsträckning föra dialog med patientföreträdare, företrädare för vårdens verksamheter på olika nivåer samt med intresseorganisationer och myndigheter. Vi kommer att genomföra ett större antal besök och anordna ett antal hearingar för att föra samman intressenter från olika delar i vården för att diskutera de frågor som ryms i våra direktiv. En utgångspunkt för diskussionen kommer att vara de överväganden som lämnas i detta betänkande men naturligtvis kompletterat med de perspektiv, problemformuleringar och inte minst lösningsförslag som alla aktörer i vård-Sverige kan bidra med.

## 6.2 Kommentarer kring det fortsatta arbetet enligt direktiven

Nedan följer några hypoteser och tankar kring de frågeställningar som anges i utredningens direktiv.

### *Jämlikhet*

Begreppet jämlik vård innehåller som tidigare nämnts många olika dimensioner och perspektiv, se avsnitt 2 figur 2.1. Vi har tidigare framhållit att socioekonomiska skillnader i vårdkonsumtion är ett snävt perspektiv, som motiverats av uppdraget att redovisa just detta i delbetänkandet. I den fortsatta analysen avser vi att vidga perspektivet. En central fråga är därvid vilka aspekter av jämlikhet som bör ingå i vår analys.

### *Styrsystemen och måluppfyllelse*

I avsnitt 5 har utredningen redovisat några preliminära utgångspunkter för det fortsatta arbetet. Vi har där lyft ett flertal frågeställningar avseende hälso- och sjukvårdens struktur och styrning som vi ser som relevanta att ta vidare i arbetet med slutbetänkandet. En bedömning är att det finns många delar i landstingens styrning som påverkar måluppfyllelsen i minst lika hög grad som ersättningsmodellen. Vi avser att fördjupa analysen av samtliga dessa delar i slutbetänkandet. Detsamma gäller inriktningen på statens styrning och hur den kan bidra till en ökad måluppfyllelse.

### *Översyn av vårdvalssystemen*

I motiven till införandet av de obligatoriska vårdvalssystemen i primärvården 2010, betonades särskilt behovet av att följa reformens effekter, särskilt med hänsyn till konkurrensen på marknaden (prop. 2008/09:74). Flertalet utvärderingar av avgränsade aspekter av reformen har också genomförts (se bland annat Konkurrensverket 2010 och 2014 samt Vårdanalys 2013a och 2013b). Någon mer genomgripande analys av vårdvalssystemen som helhet har dock ännu inte

gjorts. Och från våra möten med forskare framkommer att det sammantaget finns endast begränsat underlag i form av uppföljning av vårdvalssystemens effekter. Det är därmed svårt att uttala sig om vilka effekter reformen har haft. En risk är att enskilda studier ges alltför stor tyngd och att den bild som ges blir alltför onyanserad. Det visar till exempel kritiken av Riksrevisionens rapport om vårdvalet (se avsnitt 4). Flera studier verkar dessutom dra slutsatsen att de effekter som kan skönjas är relativt små. Vårdvalens effekter fortsätter att väcka stort intresse och ges stor uppmärksamhet.

Under senare år har flera andra utredningar på olika sätt tangerat vårdvalssystemen. I betänkandet *Effektiv vård* (SOU 2016:2), föreslogs bland annat att landsting och kommuner ska skapa gemensamma val så att den enskilde kan välja utförare av en sammanhållen hälso- och sjukvård och socialtjänst. I betänkandet *Ordning och reda i välfärden* (SOU 2016:78) föreslogs bland annat ändringar i HSL som innebär att ersättning till privata utförare endast får lämnas om utföraren har ett tillstånd att motta offentlig finansiering. Förslagen innebär att för att ingå i ett vårdvalssystem/valfrihetssystem måste en privat utförare bland annat uppfylla krav på vinstbegränsning. Även utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har i delbetänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) lämnat förslag som berör frågorna.

Det finns ett flertal frågeställningar som väckts i utvärderingar och av andra utredningar och som vi avser att fördjupa i arbetet med slutbetänkandet.

- Primärvårdens struktur och behovsbaserad vård: Hur säkerställs att den med störst behov får högre prioritet? Finns det strukturella hinder för vissa när de väljer? Och hur kan vi i så fall säkerställa att sådana hinder inte innebär en ojämlig fördelning när det gäller tillgång? Hur kan primärvården bidra till att hälsan blir mer jämlik? I avsaknad av geografiskt områdesansvar, hur säkerställs vårdens medverkan i det lokala strategiska folkhälsoarbetet?
- Primärvårdens funktionssätt: Hur kan vårdvalssystemen funktionellt bidra till omstruktureringen av hälso- och sjukvården mot en nära och samordnad vård, där hälso- och sjukvården är mer behovsanpassad och där det finns ökade möjligheter att skapa helhetslösningar för patienter, till exempel mellan landsting och kommun?

- Jämlikt vårdutbud: Vilken styrning av vårdutbudet är möjlig i dag med de styrmedel som landstingen förfogar över och vad är nödvändigt för att huvudmännen ska kunna ta ansvar för en jämlik och behovsbaserad vård, till exempel i socioekonomiskt svaga områden och glesbygd?
- Ökad nationell likformighet: Finns det utifrån målet om jämlik vård eller av andra skäl anledning att nå en mer enhetlig styrning inom vårdvalssystemen landstingen emellan och på vilket sätt kan de olika delarna i styrningen ensas?
- Kontinuitet, listning och valfrihet: Hur säkerställs möjligheten till kontinuitet i primärvården, till exempel genom fast läkarkontakt? Innebär det behov av att i ökad utsträckning styra eller begränsa antalet listade patienter per läkare eller utförare och hur kan det förenas med valfrihet?
- Konkurrensneutralitet: Hur säkerställs lika villkor mellan offentliga och privata vårdgivare och vad bör avses med lika villkor givet de olika krav som lagstiftningen ställer på offentliga och privata verksamheter?
- Finns det anledning att förändra styrningen av vårdvalssystemen i den specialiserade vården för att stärka en jämlik och behovsanpassad vård?

### *Ett långsiktigt hållbart system för digitala vårdgivare*

Så kallade nätläkare slog ned som något av en bomb i det samlade svenska sjukvårdssystemet för något år sedan när man började erbjuda digitala läkarkonsultationer, innefattande förutom samtalskontakt även bildkontakt. Som framgår i avsnitt 4 blev sådana tjänster snabbt populära. Plötsligt blev det tydligt i digitaliseringens tidevarv att de möjligheter som patientlagen skapat för patienter att söka öppen hälso- och sjukvård över landstingsgränser innebar något annat än tidigare. Landstingen fick snabbt gemensamt se över ersättningssystemen eftersom det inte bedömdes vara rimligt att en digital läkarkontakt ekonomiskt ersattes på samma sätt som ett fysiskt besök. Nätläkarna har gett upphov till debatt, bl.a. om huruvida nätläkarna dränerar systemet på pengar. Arbetssättet med digitala läkarkontakter har också kritiserats för att vara läkarfixerat och göra läkarbesök av problem

som andra personalkategorier skulle kunna klara av. Samtidigt kan nya digitala kontaktvägar med patienterna innebära stora möjligheter till effektivisering.

Uppdraget till utredningen är tydligt i tilläggsdirektiven, att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för s.k. nätdoktorer kan skapas med beaktande av principen om behovsstyrd vård. Det är dessutom naturligt att utredningen även beaktar jämlikhetsperspektivet i det fortsatta arbetet.

Samtidigt som utredningen erhöll sina tilläggsdirektiv fick Socialstyrelsen i uppdrag att ta fram råd och riktlinjer kring användningen av digitala vårdkontakter. Utredningen kommer givetvis att samverka med Socialstyrelsen i det kommande arbetet samt med IVO som har ansvar för tillsyn och som har pekat ut ”Personer utsätts för risker kopplade till nätbaserade vårdtjänster och välfärdsteknik” som ett av sex prioriterade riskområden för nationellt samordnade tillsynsinsatser under 2018–2020.

Det är inte ändamålsenligt att begränsa utredningens fortsatta arbete till nätdoktorer. Utredningen avser att vidga arbetet till att omfatta *digitala vårdkontakter* i ett vidare perspektiv, t.ex. kontakt med olika yrkeskategorier i vården via mejl, chatt eller journal på nätet. Även frågan om användningen av s.k. artificiell intelligens i anslutning till användningen av digitala kontaktvägar kommer behöva beläggas i utredningens kommande arbete.

Ett antal ytterligare frågeställningar behöver beläggas i det fortsatta arbetet:

- Vilka behov fyller de digitala vårdkontakterna i dag (oavsett driftsform)?
- Krävs förändrad lagstiftning avseende informationsutbyte i vården? Hur säkerställs individens integritet?
- Hur kan arbetsformen digitala vårdkontakter användas för att öka vårdens effektivitet och hur säkerställer vi fortsatt innovationskraft i utvecklingen av digitala kontaktvägar?
- Vilken terminologi är lämplig att använda när det gäller digitala vårdkontakter? Tillkomsten av s.k. nätläkare har t.ex. aktualiserat frågeställningen, vad är ett besök?

- Hur bör digitala kontaktvägar ersättas ekonomiskt? Finns det former av digitala kontakter som inte bör ingå i den offentliga finansieringen?
- Vilka incitament kan användas för att stimulera till kostnadseffektiv användning av arbetsformen?
- Kan digitala vårdkontakter minska beroendet av inhyrd personal?

### *Minskat beroende av inhyrd personal i hälso- och sjukvården*

Landstingen har tillsammans med SKL vid flera tillfällen tagit fram strategier och planer för att minska inhyrningen av personal. Trots det har inhyrningen och beroendet av inhyrd personal ökat; den totala kostnaden har ökat med cirka 1,5 miljarder kronor mellan 2011 och 2015 och uppgick 2016 till cirka 4 miljarder kronor. Under åren 2016–2019 bedrivs ett projekt i samverkan mellan landstingen med syftet att ta fram förslag på åtgärder för att uppnå oberoende av all inhyrd personal. De landsting och regioner som bedrivit arbetet under längre tid har också fått störst effekt så här långt. Kostnaderna har fortsatt att öka under 2017 jämfört med 2016 men kostnadsökningstakten har minskat.

Mot bakgrund av landstingens gemensamma pågående projekt är en central fråga för utredningen om det finns frågeställningar som inte har hanterats av landstingen i det pågående arbetet. Vi avser att i arbetet med slutbetänkandet närmare analysera landstingens åtgärder inom det pågående projektet.

Det finns flera jämlikhetsaspekter på frågan om hyrpersonal. Till exempel samvarierar en lägre andel hyrläkare med såväl högre tillgänglighet och förtroende som lägre kostnader per besök, och behovet att anlita hyrläkare är större i glesbygden än i befolkningstäta områden (se avsnitt 4.3.3). En fråga är därmed i vilken mån landstingen agerat för att vårdresurserna ska vara rättvist fördelade över landet, till exempel vid fördelning av knappa personalresurser, som framhölls i de ursprungliga förarbetena till HSL (se avsnitt 2.1). Även utredningen *Samordnad utveckling för god och nära vård* har i delbetänkandet *God och nära vård – en primärvårdsreform* (SOU 2018:39) lämnat förslag som berör frågorna utifrån syftet att stärka primärvården.

Därutöver finns det exempel på frågeställningar som hanteras av framför allt staten men som har betydelse för kompetensförsörjning och tillgången till personal. Det gäller till exempel

- utbildningssystemet – till exempel styrningen av antalet läkare i olika specialiteter och utbildningen av specialistsjuksköterskor, samt
- prognoser och planeringen av framtidens kompetensbehov.

### *Tillståndsprövning i hälso- och sjukvården*

Enligt direktiven ska utredningen utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Frågan har utretts tidigare och så sent som 2015 landade Ägarprövningsutredningen (SOU 2015:7) i att det vid den tidpunkten inte fanns tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt när det gäller utförare av hälso- och sjukvård. Som skäl uppgavs bland annat att flera professioner inom hälso- och sjukvården är legitimerade yrken och har ett personligt ansvar vid utförandet. Landstingens storlek ger dem goda förutsättningar att bedriva upphandlings- och uppföljningsarbete av god kvalitet och IVO bedriver tillsyn av aktörer inom vården.

Välfärdsutredningen (SOU 2016:78) har lagt fram förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel. I de föreslagna kraven ingick vinstbegränsning. Regeringen har under våren lagt fram en proposition där man i allt väsentligt följde Välfärdsutredningens förslag men valde att exkludera hälso- och sjukvården. I stället hänsköts frågan i delar till föreliggande utredning. Riksdagen avslög i juni innevarande år regeringens proposition. Föreliggande utredning kommer i det fortsatta arbetet att belysa frågan om vinst i anknytning till tillståndsprövning men också som en del i problematiken kring styrning och ersättningssystem.

För att svara upp mot utredningens uppdrag ser vi att en sammanställning av tidigare utredningar och analyser på frågan behöver göras. Utgör brist på nationell tillståndsprövning ett problem? Och om så är fallet, hur stort är problemet? Även om hälso- och sjukvården utmärker sig i jämförelse med andra välfärdsområden finns anledning att studera övriga områden för att förstå vad tillståndsprövningen tillför. Och särskilt med fokus på vad en *nationell* tillståndsprövning tillför.

Utredningen behöver också få en uppfattning om hur landstingens egna processer fungerar.

I det fall att utredningen skulle landa i att det i dag finns skäl för att införa nationell tillståndsprovning i hälso- och sjukvården måste utredningen först och främst också identifiera vad för typ av provning som ska göras, dvs. vilka aspekter som lämpar sig för denna typ av provning. En eventuell slutsats måste också väga den administration som uppkommer vid en eventuell tillståndsprovning, mot vad det faktiskt tillför. Eventuella förslag måste också ta hänsyn till den utpekade riktningen i att gå mot tillitsbaserad styrning.



# Referenser

## Utrednings- och kommittébetänkanden

- SOU 1995:5: *Vårdens svåra val*. Slutbetänkande av Prioriteringsutredningen.
- SOU 2007:10: *Hållbar samhällsorganisation med utvecklingskraft*. Slutbetänkande av Ansvarskommittén.
- SOU 2009:11: *En nationell cancerstrategi för framtiden*. Betänkande av utredningen En nationell cancerstrategi.
- SOU 2015:7: *Krav på privata aktörer i välfärden*. Betänkande av Ägarprövningsutredningen.
- SOU 2015:20: *Trygg och effektiv utskrivning från slutenvård*. Betänkande av Utredningen om betalningsansvarslagen.
- SOU 2016:2: *Effektiv vård*. Betänkande av utredningen En nationell samordnare för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården.
- SOU 2016:78: *Ordning och reda i välfärden*. Delbetänkande av Välfärdsutredningen.
- SOU 2017:38: *Kvalitet i välfärden – bättre upphandling och uppföljning*. Slutbetänkande av Välfärdsutredningen.
- SOU 2017:47: *Nästa steg på vägen mot en mer jämlik hälsa – Förslag för ett långsiktigt arbete för en god och jämlik hälsa*. Slutbetänkande av Kommissionen för jämlik hälsa.
- SOU 2017:48: *Kunskapsbaserad och jämlik vård Förutsättningar för en lärande hälso- och sjukvård*. Betänkande av Utredningen om ökad följsamhet till nationella kunskapsstöd i hälso- och sjukvården.
- SOU 2017:53: *God och nära vård*. Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

SOU 2017:56: *Jakten på den perfekta ersättningsmodellen – Vad händer med medarbetarnas handlingsutrymme?* Delbetänkande av Tillitsdelegationen.

SOU 2018:38: *Styra och leda med tillit – Forskning och praktik.* Forskningsantologi av Tillitsdelegationen.

SOU 2018:39: *God och nära vård – en primärvårdsreform.* Delbetänkande av utredningen Samordnad utveckling för god och nära vård.

### Propositioner

Prop. 1981/82:97, Om hälso- och sjukvårdslag, m.m.

Prop. 1995/96:176, Förstärkt tillsyn över hälso- och sjukvården.

Prop. 1996/97:60, Prioriteringar inom hälso- och sjukvården.

Prop. 2008/09:74, Vårdval i primärvården.

Prop. 2015/16:1, Budgetpropositionen för 2016.

Prop. 2016/17:43, En ny hälso- och sjukvårdslag.

Prop. 2017/81:1, Budgetpropositionen för 2018.

Prop. 2017/18:83, Styrande principer inom hälso- och sjukvården och en förstärkt vårdgaranti

Prop. 2017/18:159, Tillstånd att ta emot offentlig finansiering inom socialtjänsten, assistansersättningen och skollagsreglerad verksamhet.

Prop. 2017/18:249, God och jämlik hälsa – en utvecklad folkhälspolitik.

### Rapporter och litteratur

Anders, Anell & Rehnberg, Clas (2014). *Debatt: ”Riksrevisionens granskning alltför selektiv”*. Publicerad: 2014-11-26.

[www.dagensmedicin.se/artiklar/2014/11/26/debatt-riksrevisionens-granskning-alltfor-selektiv/](http://www.dagensmedicin.se/artiklar/2014/11/26/debatt-riksrevisionens-granskning-alltfor-selektiv/) [maj 2018].

Burström, Bo (2008). *Vårdvalsreformen – några socialmedicinska undringar*. Socialmedicinsk tidskrift 5/2008.

- Burström, Bo; Burström, Kristina; Nilsson, Gunnar; Tomson, Göran; Whitehead, Margaret & Winblad, Ulrika (2017). *Equity aspects of the primary health care choice reform in Sweden – a scoping review*. International journal for equity in health 16:29 2017.
- Cancerfonden (2018). *Cancerföndrapporten 2018*. [https://static-files.cancerfonden.se/Cancerföndrapporten2018\\_webb\\_\(2\)\\_1521607903.pdf](https://static-files.cancerfonden.se/Cancerföndrapporten2018_webb_(2)_1521607903.pdf) [maj 2018].
- Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin (SLL) (2014). *Områdesskillnader i undvikbar slutenvård i Stockholms län 2008–2011*. Rapport 2014:4, Stockholm maj 2014.
- Culyer, AJ & Wagstaff, Adam (1993). *Equity and equality in health and health care*. Journal of Health Economics. Volume 12, Issue 4, December 1993, s. 431–457.
- Dahlgren, Cecilia; Brorsson, Hilja; Sveréus, Sofia; Goude, Fanny & Rehnberg Clas (2013). *Fem år med husläkarsystemet inom Vårdval Stockholm*. Karolinska Institutet & Stockholms läns landsting, Stockholm 2013.
- DO – Diskrimineringsombudsmannen (2012). *Rätten till sjukvård på lika villkor – rapport*. Stockholm 2012.
- IFFS – Institutet för Framtidsstudier (2017). *Bortom IT – Om hälsa i en digital tid*. Forskningsrapport 2016/2, 2:a upplagan. Stockholm 2017.
- Filc, Dani; Davidovich, Nadav; Novack, Lena & Balicer, Ran D. (2014). *Is socioeconomic status associated with utilization of health care services in a single-payer universal health care system?* International Journal for Equity in Health, 13, 115, 2014.
- Fredriksson, Mio (2012). *Between equity and local autonomy – A governance dilemma in Swedish healthcare*. Uppsala universitet, Uppsala 2012.
- Glenngård Anna H. (2015a). *Primärvården efter vårdvalsreformen – valfrihet, kvalitet och produktivitet*. SNS förlag. Stockholm 2015.
- Glenngård, Anna H. (2017a). *Dialog och prestationsmätning – mot en ändamålsenlig styrning i svensk primärvård*. KEFU – Institutet för ekonomisk forskning vid lunds universitet, skriftserie 2017:2, Lund 2017.

- Isaksson, David; Blomqvist, Paula & Winblad, Ulrika (2016). *Free establishment of primary health care providers: effects on geographical equity*. BMC Health Services Research (2016) 16:28 Uppsala 2016.
- IVO – Inspektionen för vård och omsorg (2018). *Prioriterade riskområden 2018–2020*. [www.ivo.se/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/](http://www.ivo.se/tillsyn/prioriterade-riskomraden-2018-2020/) [maj 2018].
- Kittelsen, Sverre; Anthun, Kjartan; Goude, Fanny; Huitfeldt, Ingrid; Häkkinen, Unto; Kruse, Marie; Medin, Emma; Rehnberg, Clas & Rättö, Hanna (2015). *Costs and Quality at the Hospital level in the Nordic Countries*. Health Economics, vol. 24 (Suppl. 2): 140–163, 2015.
- Konkurrensverket (2010). *Uppföljning av vårdval i primärvården – Valfrihet, mångfald och etableringsförutsättningar, Slutrapport*. Konkurrensverkets rapportserie 2010:3.
- Konkurrensverket (2014). *Etablering och konkurrens bland vårdcentraler – om kvalitetsdriven konkurrens och ekonomiska villkor*. Rapport 2014:2. Konkurrensverket december 2014.
- Kristenson, Margareta (2017). *Hälso- och sjukvårdens roll för en jämlik hälsa*. Underlagsrapport nr 8 till Kommissionen för jämlik hälsa s 2015:02. Stockholm, 2017.
- Lagerlund, Magdalena; Merlo, Juan; Pérez Vicente, Raquel & Zackrisson, Sophia (2015). *Does the Neighborhood Area of Residence Influence Non-Attendance in an Urban Mammography Screening Program? A Multilevel Study in a Swedish City*. PLOS One. Den 13 oktober 2015.
- LHC – Leading Healthcare (2017): *Ekonomi för förändring. Ersättningsmodeller för innovation – en vägledning*. LHC Report Nr. 2 2017.
- Leifsson, Andreas (2017). *Analys och slutsatser av statistik och genomförda undersökningar för 1177 Vårdguiden och UMO 2017*. 2017-12-07.
- Lindgren, Peter (2014). *Ersättning i sjukvården – Modeller, effekter, rekommendationer*. SNS förlag, Stockholm 2014.
- Lipsky, Michael (1980). *Street-Level Bureaucracy: Dilemmas of the individual in public services*. Russell Sage Foundation 1980.

- Mellander, Charlotta & Bjerke, Lina (2017). *De ungas flykt till staden*. Ingår i: Att äga framtiden: Perspektiv på kommunal utveckling. Redaktörer: Josefina Syssner, Sören Häggroth & Ulf Ramberg, Linköping: Linköping University Electronic Press, 2017, s. 195–201.
- Morén, Stefan; Perlinski, Marek & Blom, Björn (2015). *En domän teori för organisering av socialt arbete i offentlig sektor*. Socialvetenskaplig tidskrift 22 (1), 22–43, 2015.
- Mårtensson, Lena (2011). *Hälsolitteracitet grundbult i patientmötet*. Läkartidningen. 2011-12-21 nummer 51.  
[www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=17571](http://www.lakartidningen.se/Functions/OldArticleView.aspx?articleId=17571).
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017 OECD Indicators*. Den 10 november 2017.
- Pressman, Jeffrey L; Wildawsky, Aaron (1984). *Implementation* (3:e upplagan). University of California Press.
- RCC – Regionala cancercentrum i samverkan (2016). *Att leda med kunskap – Erfarenheter från sex år med regionala cancercentrum och nationella cancerstrategin*. Stockholm 2016.
- Riksrevisionen (2014a). *Överenskommelser mellan regeringen och SKL inom hälso- och sjukvården – frivilligt att delta men svårt att tacka nej*. RiR 2014:20.
- Riksrevisionen (2014b). *Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?* (RiR 2014:22).
- Riksrevisionen (2017), Staten och SKL – en slutrapport om statens styrning på vårdområdet, RiR 2017:3. Stockholm 2017.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2017a). *Rekommendation till landsting och regioner om gemensamma utomlänssättningar för digitala vårdtjänster i primärvården*. Meddelande från styrelsen nr 11/2017.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018a). *Hälso- och sjukvårdsbarometern 2017 Befolkningens attityder till, förväntningar på och erfarenheter av hälso- och sjukvården*.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018b). *Patientavgifter fr.o.m. den 1 januari 2018*. Diarienummer 18/00314.

- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018c). *Valfrihetssystem enligt LOV i landsting och regioner - beslutsläge april 2018*.  
<https://skl.se/download/18.3cd92bb1163085dde2f90611/1525348088657/Besluts1%C3%A4ge%20Landsting%20och%20regioner%20april%202018.pdf> [maj 2018].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018d). *Köp av verksamhet 2016 – Kommuner, landsting och regioner 2006–2016*. Stockholm 2018.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018e). *Privata läkare och fysioterapeuter som verkar enligt lag om ersättning*.  
<https://skl.se/ekonomijuridikstatistik/statistik/ekonomiochverksamhetsstatistik/landstingekonomiochverksamhet/privatalakarochfysioterapeutersomverkarenligtlagomersattning.3154.html> [maj 2018].
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018f). PowerPointpresentation. *Ersättningar för digitala vårdtjänster - hur ser det ut?* Dagens Medicins seminarium om digitala vårdmöten 22 mars 2018, talare: Agneta Rönn.
- SKL – Sveriges Kommuner och Landsting (2018g). *Rekommendation om en för alla landsting och regioner lägsta nivå för patientavgift vid digitala vårdkontakter i primärvården*. Meddelande från styrelsen nr 5/2018.
- Socialstyrelsen (2008). *Mot en mer jämställd sjukvård och socialtjänst*. Socialstyrelsen: Artikelnr 2008-131-1.
- Socialstyrelsen (2011a). *Ojämna villkor för hälsa och vård – Jämlikhetsperspektiv på hälso- och sjukvården*. Artikelnr 2011-12-30, Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2011.
- Socialstyrelsen (2013a). *Nationell utvärdering 2013 - Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård – Rekommendationer, bedömningar och sammanfattning*. Artikelnr 2013-3-6. Edita Västra Aros, Västerås, mars 2013.
- Socialstyrelsen (2013b). *Nationell utvärdering 2013 - Bröst-, prostata-, tjocktarms- och ändtarmscancervård Indikatorer och underlag för bedömningar*. Artikelnr 2013-3-8 Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), mars 2013.
- Socialstyrelsen (2014). *Öppna jämförelser 2014 Folkhälsa*. Socialstyrelsen: Artikelnummer 2014-12-3.

- Socialstyrelsen (2015a). *Utvecklingen av vården för personer med kroniska sjukdomar – Lägesrapport 2015*. Artikelnummer 2015-12-7. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), december 2015.
- Socialstyrelsen (2016a). *Tillståndet och utvecklingen inom hälso- och sjukvård samt tandvård. Lägesrapport 2016*. Artikelnummer 2016-3-16, Västerås Tryck Edita Bobergs AB, mars 2016.
- Socialstyrelsen (2016b). *Primärvårdens uppdrag – En kartläggning av hur landstingens uppdrag till primärvården är formulerade*. Artikelnummer 2016-3-2. Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2016. Stockholm 2016.
- Socialstyrelsen (2018a). *Tillgänglighet i hälso- och sjukvården*. Artikelnummer 2018-2-16 Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), februari 2018.
- Socialstyrelsen (2018b). *Öppna jämförelser 2017 – En god vård? Övergripande uppföljning utifrån sex frågor om hälso- och sjukvårdens resultat*. Artikelnummer 2018-1-4 Publicerad [www.socialstyrelsen.se](http://www.socialstyrelsen.se), januari 2018.
- Statistiska centralbyrån – SCB (2018). "Var fjärde i Sverige är högutbildad". <https://www.scb.se/hitta-statistik/sverige-i-siffror/utbildning-jobb-och-pengar/befolkningens-utbildning/> [maj 2018].
- Statskontoret (2005a). *Reglering och andra styrmedel, En studie av hur staten styr kommuner och landsting*. Stockholm 2005.
- Statskontoret (2016a). *Samlad uppföljning av den statliga styrningen av kommuner och landsting*. PM 2016/32-5. Stockholm 2016.
- Stockholms läns landsting Hälso- och sjukvårdsförvaltningen (2017). *Vårdval 10 år Vad vet vi om dess effekter?* Den 7 september 2017.
- Sveréus Sofia, Larsson Kjell & Rehnberg Clas. (2017). *Clinic continuity of care, clinical outcomes and direct costs for COPD in Sweden: a population based cohort study*. European clinical respiratory journal, 2017 vol. 4, no. 1, 2017.
- Sørensen, Eva; Torfing, Jacob (2006). *Theories of Democratic Network Governance*. Palgrave Macmillan.
- Vedung, Evert (2016). *Implementering i politik och förvaltning*. Studentlitteratur, Lund 2016.

- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013a).  
*Vem har vårdvalet gynnat? En jämförande studie mellan tre landsting före och efter vårdvalets införande i primärvården.*  
Rapport 2013:1. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013b).  
*Vad vill patienten veta för att välja? – Vårdanalysutvärdering av vårdvalsinformation.* Rapport 2013:4. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2013c).  
*Statens styrning av vården och omsorgen med prestationsbaserad ersättning.* Rapport 2013:8. Stockholm 2013.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014a).  
*Vården ur patienternas perspektiv.* Rapport 2014:11.  
Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014b).  
*Låt den rätte komma in.* Rapport 2014:3. Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2014c).  
*En mer jämlik vård är möjlig – Analys av omotiverade skillnader i vård, behandling och bemötande.* Rapport 2014:7.  
Stockholm 2014.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015a).  
*Vården ur primärvårdsläkarnas perspektiv.* Rapport 2015:9.  
Stockholm 2015.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2015b).  
*Vårdval och jämlik vård inom primärvården.* Rapport 2015:6.  
Stockholm 2015.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016a).  
*Vården ur befolkningens perspektiv 2016 – en jämförelse mellan Sverige och tio andra länder.* PM 2016:5. Stockholm 2016.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2016b).  
*Förebygga för att överbygga? Jämlikhet i hälso- och sjukvårdens förebyggande arbete mot ohälsosamma levnadsvanor.* Rapport 2016:4. Stockholm 2016.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017a).  
*En primär angelägenhet – Kunskapsunderlag för en stärkt primärvård med patienten i centrum.* Rapport 2017:3.  
Stockholm 2017.



- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017b). *Första linjens vård - Likheter och skillnader i kontaktmönster mellan olika grupper*. PM 2017:3. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017c). *Visa vägen i vården – ledarskap för stärkt utvecklingskraft*. Rapport 2017:7. Stockholm 2017.
- Vårdanalys – Myndigheten för vård- och omsorgsanalys (2017d). *Lag utan genomslag – Utvärdering av patientlagen 2014–2017*. Rapport 2017:2. Stockholm 2017.
- Vårdföretagarna (2015). *Partners i hälso- och sjukvården? Så fungerar dialogen mellan landsting och privata vårdgivare*. Rapport 2015.
- Västra Götalandsregionen Hälso- och sjukvårdsavdelningen: Vårdvalsenheten/Område Uppföljning och Analys (2014). *VG primärvård i förhållande till riksrevisionens rapport "Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?"* December 2014. <http://nyheter--vgregion--se.webbarkivet.vgregion.se/nyheter.vgregion.se/upload/HSU/Analys-vardval-2014-12-18.pdf> [maj 2018].
- Västra Götalandsregionen Verksamhetsanalys (2017). *Befolkningens uppfattning om hälso- och sjukvården*. <http://analys.vgregion.se/2017/pat-syn-pa-varden/befolkningens-uppfattning-om-halso--och-sjukvarden/> [maj 2018].
- Zackrisson, Sophia (2012). *Kvinnors deltagande i mammografiscreening i Malmö och kopplingen till sociala determinanter*. Ett diskussionsunderlag framtaget för Kommission för ett socialt hållbart Malmö. Den 26 juni 2012.
- Zarrouk, Moncef (2013). *Socioekonomi påverkar medverkan i screening för abdominellt aortaaneurysm och prevalens av sjukdomen*. Läkartidningen 37/2013.



# Kommittédirektiv 2017:128

## Ordning och reda i vården

### Sammanfattning

Målet för hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Vinst som incitament kan motverka intentionerna i hälso- och sjukvårdslagen. En särskild utredare ges i uppdrag att lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. Utredningen ska också ta hänsyn till de olika förutsättningar och regelverk som finns inom olika delar av hälso- och sjukvården. Utredningen ska komplettera redan genomförda samt pågående utredningar på området. Det är angeläget att regeringen får en samlad bild av hur skattemedel kan användas på ett bättre sätt för att utveckla hälso- och sjukvården. Det övergripande syftet är att, givet befintlig ansvarsfördelning för hälso- och sjukvården, säkerställa möjligheterna för en jämlik vård för dem som har de största behoven. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är viktigt att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I detta ansvar ingår exempelvis förebyggande folkhälsoarbete, forskning och utbildning av personal.

Utredaren ska göra följande:

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrsystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården, och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

## Hälso- och sjukvården i Sverige

Utredningens uppdrag omfattar hälso- och sjukvård enligt hälso- och sjukvårdslagen (2017:30), förkortad HSL. Med hälso- och sjukvård avses enligt lagen åtgärder för att medicinskt förebygga, utreda och behandla sjukdomar och skador. Även sjuktransporter och omhändertagande av avlidna utgör hälso- och sjukvård enligt lagen (2 kap. 1 § HSL). Hälso- och sjukvård delas in i sluten och öppen vård. Sluten vård ges till patienter under intagning i vårdinrättning, dvs. vanligtvis sjukhus, medan öppen vård definieras som annan hälso- och sjukvård, dvs. vård som inte ges under intagning (2 kap. 4 och 5 §§ HSL). Med primärvård avses hälso- och sjukvårdsverksamhet där öppen vård ges utan avgränsning vad gäller sjukdomar, ålder eller patientgrupper. Primärvården svarar för behovet av sådan grundläggande medicinsk behandling, omvårdnad, förebyggande arbete och rehabilitering som inte kräver sjukhusens medicinska och tekniska resurser eller annan särskild kompetens (2 kap. 6 § HSL). Vad som anses vara primärvård varierar geografiskt och över tid.

### *Ansvar för hälso- och sjukvården*

Målet med hälso- och sjukvården är en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården (3 kap. 1 § HSL).

Ansvar för hälso- och sjukvården delas mellan staten, landstingen och kommunerna. Det är dock landstingen som har det huvudsakliga ansvaret för att tillhandahålla hälso- och sjukvård. Landstingens ansvar omfattar både primärvården, den öppna specialiserade vården och slutenvården. Landstinget ska erbjuda en god hälso- och sjukvård åt bl.a. dem som är bosatta inom landstinget men även öppen vård åt patienter som omfattas av ett annat landstings ansvar för hälso- och sjukvård om patienterna väljer vård i landstinget, 8 kap. 1–3 §§ HSL. Landstingets ansvar omfattar emellertid inte sådan hälso- och sjukvård som en kommun har ett uttryckligt ansvar för (8 kap. 6 § HSL).

Kommunerna ansvarar för att erbjuda hälso- och sjukvård till de personer som bor i vissa särskilda boendeformer och till dem som deltar i dagverksamhet (12 kap. 1 § HSL). Alla landsting utom Stockholms läns landsting har dessutom, med stöd av 14 kap. 1 § HSL, lämnat över ansvaret att erbjuda hälso- och sjukvård som ges i hemmet, s.k. hemsjukvård, till kommunerna. I kommunernas ansvar ingår inte hälso- och sjukvård som ges av läkare (12 kap 3 § HSL).

### *Kommuner och landsting kan lämna över vården till privata utförare*

Enligt 3 kap. 16 § kommunallagen (1991:900), förkortad KL, får kommuner och landsting, efter beslut i fullmäktige, lämna över vården av en kommunal angelägenhet till en juridisk person eller en enskild individ. I 15 kap. 1 § HSL anges dessutom att landsting och kommuner med bibehållet huvudmannaskap får sluta avtal med någon annan om att utföra de uppgifter som landstinget eller kommunen ansvarar för enligt lagen. Detta innebär att kommuner och landsting kan välja att antingen bedriva verksamheten i egen regi eller anlita en privat utförare. När det gäller primärvård så finns det emellertid särskilda regler som inskränker landstingens handlingsfrihet genom kravet i 7 kap 3 § HSL att arrangera vårdvalssystem i primärvården.

I de fall en kommun eller ett landsting överlämnar vården av en kommunal angelägenhet till en privat utförare är kommunen eller landstinget fortfarande huvudman för den kommunala angelägenheten. Huvudmannen har alltid det övergripande ansvaret för verksamheten och ska se till att verksamheten bedrivs i enlighet med de mål och riktlinjer som fullmäktige har bestämt samt de föreskrifter som gäller för verksamheten (6 kap. 7 § KL). I ansvaret ingår att bestämma verksamhetens mål, inriktning, omfattning och kvalitet. Huvudmannaskapet innebär även en skyldighet att utforma förfrågningsunderlag och avtal på ett sådant sätt att verksamheten hos de privata utförarna kvalitetsmässigt bedrivs på den av kommunen eller landstinget önskade nivån. Kommunerna och landstingen har således ett ansvar för att ställa tillräckliga och relevanta krav i avtalen med de privata vårdgivarna. Kommunen respektive landstinget ska även, genom avtal med den privata utföraren, tillförsäkra sig information som gör det möjligt att ge allmänheten insyn i den verksamhet som lämnas över (3 kap. 19 a § KL).

Arbetsgivaren har ansvar för att rekrytera, behålla och utveckla sin personal.

### *Privata aktörer i hälso- och sjukvården*

Landsting och kommuner kan överlämna uppgiften att bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet till privata utförare genom upphandling enligt lagen (2016:1145) om offentlig upphandling eller genom att införa ett valfrihetssystem enligt lagen (2008:962) om valfrihetssystem. Sedan 2010 är det obligatoriskt för landstingen att ha vårdvalssystem inom primärvården (mer om detta i kommande avsnitt). Landstingen kan även sluta samverkansavtal med stöd av lagen (1993:1651) om läkarvårdsersättning eller lagen (1993:1652) om ersättning för fysioterapi. Vid en upphandling och inom valfrihetssystem följer ersättningen av avtalet och bestäms därmed lokalt. När det gäller läkarvårdsersättning och ersättning för fysioterapi så följer ersättningen av nationella taxor. Inom ett vårdvalssystem följer ersättningen patientens val. Under 2000-talet har andelen verksamhet som bedrivs i enskild regi ökat. Landstingens köp av hälso- och sjukvård av privata leverantörer ökade exempelvis från 10,2 procent av nettokostnaderna 2006 till 13,7 procent 2015. Motsvarande siffror för kommunernas köp av vård och omsorg från privata leverantörer var 11,6 respektive 17,4 procent. Andelen privata utförare varierar såväl mellan olika kommuner och landsting som mellan de olika verksamheterna.

Inom hälso- och sjukvården svarade de tre största privata aktörerna, Capio, Praktikertjänst och Aleris, för 51 procent av landstingens köp av privata hälso- och sjukvårdstjänster 2013. Inom hälso- och sjukvården finns det också många mindre privata aktörer, bl.a. de s.k. taxeläkarna. Enligt en rapport från Vårdföretagarna hade 2013 över 11 000 av företagen 0–19 anställda medan 59 stycken hade fler än 250 anställda. Inom den vård och omsorg som kommunerna köper av privata företag dominerade 2013 sju koncerner där de största var Attendo, Ambea och Humana. De tio största företagen stod för cirka 62 procent av kommunernas totala köp av omsorgstjänster 2013.

*Kontroll av privata utförare – huvudmännens uppföljningsansvar*

När vården av en kommunal angelägenhet har lämnats över till en privat utförare genom avtal ska kommunen respektive landstinget kontrollera och följa upp verksamheten (3 kap. 19 § KL). För att fullgöra det ansvar som följer av huvudmannaskapet måste kommunerna och landstingen kontrollera och följa upp att verksamhet som bedrivs av privata utförare följer de föreskrifter som finns på området samt övriga krav som följer av det avtal som slutits med den privata utföraren. Den exakta omfattningen av denna kontroll kan variera mellan olika områden, men huvudmannaskapet innebär att kommunen eller landstinget alltid måste utöva någon form av kontroll för att kunna uppfylla sina skyldigheter.

*Kontroll av privata utförare – tillståndskrav*

Det krävs som huvudregel inte tillstånd för att enskilda ska få bedriva verksamhet inom hälso- och sjukvårdens område. Tillstånd krävs emellertid för blodverksamhet, inrättningar som utför aborter, vävnadsinrättningar och verksamhet för sprututbyte. Såväl offentliga som privata utförare ska anmäla sin verksamhet till Inspektionen för vård och omsorg (IVO). IVO ska föra register över de aktörer som har anmält att de ska bedriva hälso- och sjukvårdsverksamhet (2 kap. 1 och 4 §§ patientsäkerhetslagen [2010:659]).

*Krav på tillstånd är vanligt inom välfärden*

Krav på tillstånd för att vara aktiv inom välfärdsområdet är vanliga inom flera andra delar av välfärdssektorn. Vad som krävs för ett tillstånd skiljer sig åt mellan de olika sektorerna. Inom socialtjänstområdet ställs krav på tillstånd för att bedriva viss typ av verksamhet, t.ex. hem för vård eller boende (HVB). För exempelvis hemtjänst råder idag ingen tillståndsplikt. Sedan 15 april 2017 råder tillståndsplikt för entreprenader och konsulentstöd till familje- och jourhem i socialtjänsten. För stora delar av den verksamhet som bedrivs enligt LSS ställs krav i en tillståndsprovning.



*Krav på tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut*

Frågan om tillstånd inom hälso- och sjukvårdssektorn har utretts förut: Ägarprövningsutredningen (Krav på privata aktörer i välfärden, SOU 2015:7) konstaterade att när det gäller utförare av hälso- och sjukvård fanns det vid den tidpunkten inte tillräckliga skäl att föreslå en tillståndsplikt. Inom hälso- och sjukvården finns reglerade yrken och mer självständiga professioner med ett personligt ansvar, som på ett annat sätt kan förväntas säkra kvaliteten än inom exempelvis hemtjänsten, konstaterar utredningen. Landstingen har dessutom bl.a. på grund av sin storlek generellt sett bättre förutsättningar att skapa en väl fungerande upphandlings- och uppföljningsorganisation än vad som kan vara fallet för exempelvis mindre kommuner. Att samtliga utförare inom hälso- och sjukvården ska anmäla sig till IVO innebär att det även finns förutsättningar för statlig tillsyn inom hälso- och sjukvården. Ägarprövningsutredningen lyfter därmed fram flera skäl till att inte föreslå en tillståndsplikt inom hälso- och sjukvården. Samtidigt framhåller utredningen att hälso- och sjukvård i flera länder omfattas av tillståndsplikt, och att det kan finnas skäl att överväga ett krav på tillstånd även i Sverige om behov uppstår.

*Vårdvalsreform*

Landstingen fick 2009 möjlighet att organisera ett fritt vårdval i primärvården genom lagen om valfrihetssystem, förkortad LOV. Det blev obligatoriskt att genomföra vårdvalssystem i primärvården 2010. I 7 kap. 3 § HSL anges att landstinget ska organisera primärvården så att alla som omfattas av landstingets ansvar för hälso- och sjukvård kan välja utförare av hälso- och sjukvårdstjänster samt få tillgång till och välja en fast läkarkontakt (vårdvalssystem). Landstinget får inte begränsa den enskildes val till ett visst geografiskt område inom landstinget. Landstinget ska utforma vårdvalssystemet så att alla utförare behandlas lika, om det inte finns skäl för något annat. Ersättningen från landstinget till utförare inom ett vårdvalssystem ska följa den enskildes val av utförare. När landstinget beslutat att införa ett vårdvalssystem ska LOV tillämpas.

LOV fastställer bl.a. den upphandlande myndighetens informationsansvar: Den upphandlande myndigheten ska till enskilda lämna

information om samtliga leverantörer som myndigheten tecknat kontrakt med inom ramen för valfrihetssystemet. Informationen ska vara saklig, relevant, jämförbar, lättförståelig och lättillgänglig. För den enskilde som inte väljer leverantör ska den upphandlande myndigheten tillhandahålla ett ickevalsalternativ (9 kap. 1 och 2 §§ LOV).

Villkoren enligt LOV innebär, till skillnad från upphandling enligt lagen om offentlig upphandling (2016:1145), att alla leverantörer som uppfyller lagens och landstingets krav fritt får etablera sig. Detta innebär i praktiken att utförarna konkurrerar om patienterna och att landstinget endast definierar primärvårdsuppdraget, vad som ersätts och ersättningsnivåer. Landstinget kan alltså inte bestämma vem som utför vården eller var den ska utföras.

#### *Andra utredningar och insatser inom hälso- och sjukvårdssektorn*

Den nationella samordnaren för effektivare resursutnyttjande inom hälso- och sjukvården överlämnade 2016 betänkandet Effektiv vård (SOU 2016:2) till Socialdepartementet. Utredaren pekade bl.a. på att det behövs en omfattande strukturreform där primärvården blir den verkliga basen och första linjen i hälso- och sjukvården. Regeringen beslutade i mars 2017 att ge en särskild utredare i uppdrag att utifrån förslagen i betänkandet stödja landstingen, berörda myndigheter och organisationer i arbetet med att samordnat utveckla en modern, jämlik, tillgänglig och effektiv hälso- och sjukvård med fokus på primärvården (dir. 2017:24). Utredningen har tagit namnet Samordnad utveckling för god och nära vård (S 2017:01) och lämnade sitt första delbetänkande i juni 2017 (SOU 2017:53). Uppdraget ska slutredovisas senast den 31 mars 2019.

I juni 2017 tog regeringen även emot betänkandet Kunskapsbaserad och jämlik vård (SOU 2017:48). I betänkandet har Kunskapsstödsutredningen (S 2015:07) lämnat förslag som bl.a. syftar till att stärka förutsättningarna för ett kunskapsbaserat arbete i vården.

Den nya lagen (2017:612) om samverkan vid utskrivning från slutna hälso- och sjukvård träder i kraft den 1 januari 2018. Lagen syftar bl.a. till att möjliggöra för fler patienter att snabbare komma hem efter sin sjukhusvistelse. Den nya lagen kan därigenom även bidra till att skapa plats för väntande patienter i behov av sjukhusvård.

## Utgångspunkter för utredningen

### *Vård efter behov och tillitsbaserad styrning*

Utgångspunkten för svensk hälso- och sjukvård är att vården ska ges utifrån patientens behov. Det gäller såväl privata som offentliga aktörer. Vården ska vara jämlik, jämställd och tillgänglig. Vården ska ges med respekt för alla människors lika värde och för den enskilda människans värdighet. Den som har det största behovet av hälso- och sjukvård ska ges företräde till vården. Patientens bästa ska vara utgångspunkten för de beslut som fattas i hälso- och sjukvården.

Det är en prioriterad fråga för regeringen att förbättra styrningen i den offentliga sektorn i syfte att skapa mer effektiva verksamheter och större nytta för medborgarna. Det finns ett behov av att vidareutveckla en tillitsfull styrning av välfärdstjänsterna, som bygger på ett ömsesidigt förtroende mellan berörda aktörer. Detta gäller både statens styrning av kommuner och landsting och de senares egen styrning av verksamheten. Den aktör som ansvarar för verksamheten måste ha utrymme att utveckla den och den aktör som styr måste kunna lita på att verksamheter utvecklas på ett rättssäkert sätt och i enlighet med uppsatta mål och att välfärdstjänster av god kvalitet levereras till medborgarna. För att belysa frågor i sammanhanget liksom främjandet av ändamålsenliga regelverk tillsatte regeringen Välfärdsutredningen (Fi 2015:01). Som ett led i arbetet med att utveckla styrningen i den offentliga sektorn har regeringen även inrättat en Tillitsdelegation (Fi 2016:03).

### *Ersättningsmodeller utgör en del av styrningen av offentlig sektor*

Vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller bör ses som en del av den totala styrningen av offentlig sektor. Detta framhålls även i det delbetänkande om ersättningsmodeller som Tillitsdelegationen lämnade till regeringen i juni 2017. Ersättningsmodellens betydelse bör inte överdrivas. Samtidigt kan ersättningsmodeller få oavsiktliga negativa effekter i verksamheterna och vid utformningen av ersättningsmodeller bör dessa övervägas noggrant.

Riksrevisionen granskade 2014 hur de statliga reformerna om vårdval och vårdgaranti påverkat möjligheterna för primärvården att

verka för en god hälsa och en vård på lika villkor för hela befolkningen (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22). Riksrevisionen konstaterar att vårdvalsreformen har inneburit att makt förskjutits från politiker och tjänstemän till medborgarna som det var tänkt.

Landstingen har dock, enligt Riksrevisionen, inte utformat sina vårdvalssystem så att förutsättningarna för en likvärdig vård har ökat. Det finns fortfarande skillnader mellan landstingen när det gäller både uppdrag och ersättningsvillkor. Det är svårt att se att skillnaderna är motiverade av regionala skillnader mellan landets olika delar. Fokus på tillgänglighet och ökad detaljstyrning riskerar att missgynna patienter med stora vårdbehov.

Landstingen ska utforma ersättningssystem som styr beteenden hos vårdgivarna. Krav och villkor som ställs ska vara möjliga att kontrollera och följa upp. Riksrevisionen konstaterar dock att det är svårt att operationalisera krav på den medicinska kvaliteten. Styrsystem konstrueras därför ofta så att de styr beteendet hos vårdcentralerna mot sådant som är relativt lätt att mäta, inte den medicinska kvaliteten, menar Riksrevisionen.

Riksrevisionen lyfter vidare fram att diagnossättningen har blivit ett instrument som påverkar ersättningen i flera landsting. Detta faktum kan innebära att patienter får irrelevanta diagnoser och att patientsäkerheten riskeras. Detta kan i sin tur påverka värdet av journalföringen. Med felaktiga diagnoser i journalerna minskar journalernas värde som källor till kunskap om patienten vid kommande medicinska bedömningar.

Riksrevisionen menar att inget landsting än så länge tycks ha lyckats skapa en vårdvalsmodell som styr primärvården i riktning mot vårdens etiska principer. Myndigheten konstaterar vidare att de försök som hittills gjorts med att vikta ersättningar utifrån sjuklighet och ekonomisk standard inte verkar ha lyckats påverka prioriteringarna i tillräckligt hög grad.

*Tillgång till information och vårdutnyttjande kan variera med socioekonomiska skillnader*

Sedan 2010 gäller som tidigare nämnts en skyldighet för landstingen att införa vårdvalssystem, som innebär att den enskilda patienten har rätt att själv välja utförare i primärvården. En förutsättning för att

ett sådant system ska få positiva effekter på kvalitet, patientinflytande och kostnadseffektivitet är att det finns en reell möjlighet att välja utförare. För att människor ska ha likvärdiga valmöjligheter krävs i sin tur tillgänglig information som stöder ett informerat val. Tidigare studier, gjorda av bl.a. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys, visar att olika grupper i befolkningen känner till och utnyttjar valmöjligheterna i vården i olika stor utsträckning.

Riksrevisionen konstaterar (2014) att reformerna har gett positiva resultat i form av förbättrade kontaktmöjligheter, fler vårdcentraler och ökade besöksfrekvenser. De positiva effekterna förefaller dock i högre utsträckning ha kommit patienter med mindre vårdbehov och högre socioekonomisk status till del. Nedläggning av vårdcentraler, däremot, har enligt Riksrevisionen främst drabbat områden där vårdbehovet är större och där behovet av en vårdcentral i närheten av hemmet kan antas vara större. Riksrevisionen finner även att tillgänglighetsreformerna har fått stark styreffekt i primärvården och att det har blivit svårare att upprätthålla vårdens etiska principer.

#### *Bättre läkarbemanning i socioekonomiskt starka områden med lägre vårdbehov*

Enligt hälso- och sjukvårdslagen ska vården tillgodose patientens behov av kontinuitet och säkerhet. I primärvården ska kontinuiteten säkerställas genom att patienterna får tillgång till och möjlighet att välja en fast läkarkontakt. Vidare är det verksamhetschefens skyldighet att tillgodose patientens behov av trygghet, kontinuitet, samordning och säkerhet genom att utse en fast vårdkontakt till de patienter som behöver eller själva begär att få en sådan.

Regeringen konstaterar att många verksamheter inom hälso- och sjukvården har svårt att rekrytera rätt kompetens. Det har lett till att ett system med s.k. stafettläkare har utvecklats. Många landsting klarar därför inte av att uppfylla hälso- och sjukvårdslagens bestämmelser om att vården ska tillgodose patientens behov av kontinuitet och att alla patienter ska ha tillgång till en fast läkarkontakt i primärvården.

Riksrevisionen konstaterar i sin granskning 2014 (Primärvårdens styrning – efter behov eller efterfrågan?, RiR 2014:22) att primärvårdens förutsättningar att leva upp till lagens krav på en kontinuerlig

vård varierar starkt mellan landets vårdcentraler och att dessa skillnader delvis hänger samman med områdets socioekonomiska status. Vårdcentraler i glesbygden och i områden där vårdbehovet är stort tycks exempelvis ha sämre förutsättningar att erbjuda patienterna en kontinuerlig vård än vårdcentraler i socioekonomiskt starka områden. Läkarbemanningen är mer instabil i glesbygd och i socioekonomiskt svagare områden med mer vårdkrävande patienter.

### *Det finns för- och nackdelar med en tillståndsprövning*

Ett sätt att säkerställa att medel används till det de är avsedda för inom offentlig sektor kan vara att inom ramen för en tillståndsprövning ställa krav på utföraren som bl.a. begränsar möjligheterna till vinstutdelning.

En fördel med att ställa krav inom en tillståndsprövning är att det därigenom är möjligt att göra en allsidig och likvärdig prövning av hur den aktuella aktören uppfyller kraven. En tillståndsprövning som kompletteras med en möjlighet till överklagande bidrar också till en rättssäker process. De krav som ställts i en tillståndsprövning kan dessutom löpande följas upp inom ramen för en tillsynsprocess. Visar det sig då att kraven inte längre uppfylls kan detta utgöra grund för att återkalla tillståndet.

En nackdel med att införa ett tillståndskrav är att detta innebär en ökad administration och att myndigheter inom området kommer att behöva avsätta resurser för att göra denna prövning. De privata aktörerna måste också avsätta resurser för att ansöka om tillstånd.

Regeringen avser att under mandatperioden lämna förslag om krav på tillstånd att ta emot offentliga medel med utgångspunkt i de förslag som lämnats av Valfärdsutredningen (SOU 2016:78, Ordning och reda i välfärden). Hälso- och sjukvården ingår inte i regeringens förslag om tillstånd att ta emot offentliga medel. Regeringen beslutar i stället genom dessa direktiv att låta frågan om ett effektivt utnyttjande av skattemedel inom hälso- och sjukvårdssektorn utgöra grunden för en separat utredning. Regeringen ser behov av ett differentierat angreppssätt som kan säkerställa att skattemedel används effektivt och till det de är avsedda för inom vårdens olika verksamheter. Det är viktigt att styrsystemen inte har negativ påverkan

på förutsättningar för exempelvis forskning och utveckling i hälso- och sjukvården.

## Uppdraget

*Utredaren ska, mot den bakgrund som beskrivits ovan göra följande:*

- Med utgångspunkt i tillitsbaserad styrning analysera och överväga olika alternativ när det gäller vilka styrssystem för hälso- och sjukvården som bäst överensstämmer med målsättningarna i hälso- och sjukvårdslagen, och med principen om vård efter behov på lika villkor till hela befolkningen. Det innefattar att med denna utgångspunkt även se över lagen (2008:962) om valfrihetssystem, förkortad LOV. Analys av och överväganden om hur systemen kan förändras och utvecklas ska tas fram efter dialog med professionerna, så att systemet gynnar en utveckling där deras kunskap och erfarenhet tas tillvara.
- Utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.
- Följa upp och redovisa om skillnader i vårdutnyttjande varierar mellan patientgrupper med olika socioekonomiska förutsättningar.
- Kartlägga och analysera användandet av stafettläkare och annan inhyrd vårdpersonal, i öppenvården såväl som i slutenvården och lämna förslag på hur en kontinuerlig vård kan främjas genom att användandet av inhyrd vårdpersonal minskas.
- Utreda behov och förutsättningar för, samt för- och nackdelar med att införa viss tillståndsprövning eller alternativ till sådan prövning inom hälso- och sjukvårdsområdet. Utredaren ska exempelvis analysera förutsättningarna med utgångspunkt i den modell som Ägarprövningsutredningen och Välfärdsutredningen föreslår för socialtjänstlagen (2001:453), lagen (1993:387) om stöd och service till vissa funktionshindrade, förkortad LSS, och verksamhet enligt skollagen (2010:800).

## Konsekvensbeskrivningar

Utredaren ska redovisa förslagets konsekvenser i enlighet med kommittéförordningen (1998:1474). Utredaren ska i enlighet med 14 kap. 3 § regeringsformen beakta proportionalitetsprincipen beträffande eventuella inskränkningar av den kommunala självstyrelsen i sina redogörelser, analyser och förslag.

Konsekvenserna ska anges enligt 6 och 7 §§ förordningen (2007:1244) om konsekvensutredning vid regelgivning.

## Genomförande och redovisning av uppdraget

Uppdraget ska delredovisas senast den 15 juni 2018. De delar som ska delredovisas är utgångspunkterna för mer ändamålsenliga styrsystem samt sammanställningen av skillnader i vårdutnyttjande. Uppdraget ska i övrigt redovisas senast den 31 december 2018.

(Socialdepartementet)



# Kommittédirektiv 2018:14

## **Tilläggsdirektiv till Ordning och reda i vården (S 2017:08)**

Beslut vid regeringssammanträde den 1 mars 2018

### **Tilläggsuppdrag**

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven ska uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren får i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård.

(Socialdepartementet)



# Kommittédirektiv 2018:40

## **Tilläggsdirektiv till utredningen Styrning för en mer jämlik vård (S 2017:08)**

Beslut vid regeringssammanträde den 17 maj 2018

### **Förlängd tid för uppdraget**

Regeringen beslutade den 18 december 2017 kommittédirektiven Ordning och reda i vården (dir. 2017:128). Enligt direktiven skulle uppdraget delredovisas den 15 juni 2018 och slutredovisas den 31 december 2018.

Av direktiven framgår bl.a. att utredaren ska lämna förslag som syftar till att få bort vinstjakten ur vården samt till att skattemedel används till det de är avsedda för i hälso- och sjukvårdssektorn, dvs. att på ett effektivt sätt uppnå målen i hälso- och sjukvårdslagen. I direktiven lyfter regeringen fram vikten av att styrsystem i hälso- och sjukvården utformas så att såväl privata som offentliga vårdgivare – även så kallade nätdoktorer – tar ansvar för att tillhandahålla vård efter behov på lika villkor. I det som utredaren ska göra ingår bl.a. att utifrån Tillitsdelegationens delbetänkande (SOU 2017:56) kartlägga och analysera möjligheter och begränsningar att via förändringar i vårdsystemens ersättnings- och finansieringsmodeller främja en behovsstyrd vård.

Utredaren fick den 1 mars 2018 i tilläggsuppdrag att analysera hur ett långsiktigt hållbart system för så kallade nätdoktorer kan skapas, med beaktande av principen om en behovsstyrd vård (dir. 2018:14).

Utredningstiden förlängs. Uppdraget ska i stället redovisas senast den 30 juni 2019.

(Socialdepartementet)



# Beräkningar av vårdkostnader och vårdbesök

## Kostnadsanalys

Utredningen har analyserat kostnadsdata på individnivå från år 2016 för landstingen Skåne, Västra Götaland och Norrbotten. Kostnaden inkluderar alla typer av landstingsfinansierad vård förutom tandvård och innefattar inte heller kostnader för läkemedel. För Norrbotten saknas data för privata aktörer i primärvården. Statistiska centralbyrån (SCB) har matchat data mot ett antal bakomliggande faktorer (se tabell 1). Kostnaderna summeras för de olika grupperna. Det material som utredningen i slutändan har haft tillgång till för analys är aggregerat till totalkostnad per grupp, antal patienter i gruppen samt totala antalet individer i gruppen i befolkningen i respektive län. Materialet används för en regressionsanalys för att se hur de olika bakomliggande faktorerna samvarierar med kostnader.

Tabell 1 Beskrivning av bakgrundsvariabler

Variabel	Förkortning	Beskrivning
Kön	Kön	0 = kvinna 1 = man
Fertil ålder och kvinna	Fertil ålder och kvinna	0 = över 40, eller under 25, eller man 1 = kvinna 25–40
Ålder	Ålder	Ålder vid årets slut, 1-årsklasser
Ålder i kvadrat	Ålder2	Ålder i kvadrat
Sysselsatt	Syss	1 = Förfärdarbetande, 16–84 år eller studerande 0 = Ej sysselsatta 2 = Barn 0–15 år
Disponibel inkomst	Disp	1 = Personer där den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet är högre än medel 0 = Personer där den disponibla inkomsten per konsumtionsenhet medel eller lägre
Boendestatus	Boende	1 = bor ensam 0 = bor inte ensam
Utbildningsnivå	Utbild	1 = Högst förgymnasial utbildning 2 = Högst gymnasial utbildning 3 = Eftergymnasial utbildning
Vistelseid	Vistid_grp	1 = Utrikesfödd, varit i Sverige högst 4 år 2 = Utrikesfödd, varit i Sverige mellan 5 till 10 år 3 = Svenskfödd eller varit i Sverige 10 år eller längre
Härkomst	Harkomst	1 = Länder med låg HDI 2 = Länder med hög HDI ej Sverige 3 = Sverige

Barn inkluderas i gruppen sysselsatta eftersom analysen visar att det inte finns en signifikant skillnad mellan barn och förfärdarbetande, när man kontrollerar för ålder.

Totalt har vi 10 078 grupper baserat på ålder, kön, sysselsättning, disponibel inkomst, boende, utbildning, vistelseid och härkomst. Varje grupp utgör en observation i regressionsanalysen. Storleken på grupperna varierar kraftigt och alla grupper som består av mindre än 30 individer har uteslutits ur regressionen. Vi har inte viktat regressionen med avseende på något, utan gör en enkel regression. Vi kontrollerar även för sådant som varierar mellan län, men är konstant

över tid. Med hjälp av detta materialet kan vi ta fram kostnad per individ i de olika grupperna samt antal inom respektive grupp som under året besökt vården. Vi studerar sedan variationer i materialet baserat på de olika variablerna. Resultatet från analysen ger en indikation på hur vårdkonsumtionen samvarierar med de olika variablerna, genom att vi samtidigt kan hålla övriga variabler konstanta.

I tabell 2 presenteras resultaten av analysen. Koefficienten tolkas som hur mycket kostnaderna ökar, om variabeln ökar med en enhet. Standardavvikelsen visar hur stor variation det finns i variabeln och signifikansnivå säger hur stor sannolikheten är att korrelationen är noll eller motsatt tecken. Estimeringen görs med hjälp av en enkel linjär regression. Med hjälp av de ingående variablerna kan vi förklara 61 procent av variationen i kostnaderna. Det finns givetvis fler faktorer som förklarar kostnaderna för vård och inte ingår i modellen men dessa utelämnade variabler antar vi inte påverkar modellen systematiskt.

Resultaten presenteras skriftligen i avsnitt 4.2 i betänkandet.

Tabell 2 Resultat av regressionsanalys

Variabel	Koefficient	Standardavvikelse	Signifikansnivå
Kön (Man)	-635,55	242,00	0,01
Ålder	-295,85	26,75	0,00
Ålder2	5,90	0,26	0,00
Syss 1 (Förvävsarbetande)	-16 108,02	293,82	0,00
Disp (Höginkomst)	-4286,85	264,92	0,00
Boende (Bor ensam)	5657,44	281,64	0,00
Utbildning 2 (Gymnasial)	-950,30	303,30	0,00
Utbildning 3 (Eftergymnasial)	-4053,16	314,84	0,00
Visttid_grp2 (5–10)	1761,36	701,00	0,01
Visttid_grp3 (tid>10)	4306,67	572,44	0,00
Harkomst2 (Länder med högt HDI ej Sverige)	-1826,08	1029,74	0,08
Harkomst3 (Sverige)	2137,33	1064,86	0,05
Konstant	29 869,10	1107,25	0,00
R2	0,61		
Observationer	10 078		

Vi har även lagt till en variabel för att indikera om gruppen är kvinnor som befinner sig i fertil ålder. Detta har gjorts genom att skapa en dummyvariabel som är 1 om individen är kvinna i åldern 25 till 40 år, och annars 0. Nedan redovisas resultaten från denna analys.

Vi ser då att kvinnor i ålder 25–40 år kostar än mer. Vi kan inte säga att det enbart beror på att kvinnor föder barn i denna ålder eftersom det finns andra typer av vård som också kan vara dyrare för den gruppen. Vi ser också att män har högre kostnader i genomsnitt än kvinnor, när hänsyn tas till kvinnor i fertil ålder.

Tabell 3 Resultat av regressionsanalys inklusive dummyvariabel för kvinna 25–40 år

Variabel	Koefficient	Standardavvikelse	Signifikansnivå
Kön (Man)	767,13	256,03	0,00
Ålder	-308,36	26,46	0,00
Ålder2	6,31	0,26	0,00
Fertil ålder och kvinna	6656,72	433,06	0,00
Syss 1 (Förvärvsarbetande)	-15 775,85	291,25	0,00
Disp (Höginkomst)	-4198,74	261,94	0,00
Boende (Bor ensam)	5699,13	278,42	0,00
Utbildning 2 (Gymnasial)	-1196,54	300,25	0,00
Utbildning 3 (Eftergymnasial)	-4437,70	312,22	0,00
Visttid_grp2 (5–10)	1444,62	693,26	0,04
Visttid_grp3 (tid>10)	4985,73	567,58	0,00
Harkomst2 (Länder med högt HDI ej Sverige)	-2269,20	1018,32	0,03
Harkomst3 (Sverige)	1586,38	1053,23	0,13
Konstant	27 734,53	1103,30	0,00
R2	0,62		
Observationer	10 078		

### Besöksanalys på kostnadsdata

För att studera vad som påverkar vilka som besöker vården kan man undersöka andelen i populationen som har ett eller fler besök på någon vårdinrättning, samt vilken korrelation detta har med de olika oberoende variablerna.



Genom att använda en fraktionell probitregression kan man genom att studera marginaleffekten se hur de olika variablerna påverkar andelen individer i de olika grupperna som besöker vården en eller flera gånger, Se tabell 4.

Vi har här samma antal observationer som i kostnadsanalysen och utesluter fortfarande alla grupper som har färre än 30 individer. Talet för R2 kan i denna analys inte tolkas på samma sätt som den för en linjär regression, men ett tal närmare 1 ger en bättre modell.

Tabell 4 Resultat av besöksanalys på kostnadsdata

Variabel	Koefficient	Standardavvikelse	Signifikansnivå
Kön (Man)	-0,1049	0,0014	0,0000
Ålder	-0,0075	0,0002	0,0000
Ålder 2	0,0001	0,0000	0,0000
Syss 1 (Förvärvsarbetande)	0,0005	0,0018	0,7980
Disp (Höginkomst)	-0,0046	0,0015	0,0020
Boende (Bor ensam)	0,0115	0,0016	0,0000
Utbildning 2 (Gymnasial)	0,0016	0,0017	0,3400
Utbildning 3 (Eftergymnasial)	-0,0203	0,0019	0,0000
Visttid_grp2 (5–10)	0,0621	0,0053	0,0000
Visttid_grp3 (tid>10)	0,0996	0,0042	0,0000
Harkomst2 (Länder med högt HDI ej Sverige)	-0,0518	0,0063	0,0000
Harkomst 3 (Sverige)	-0,0395	0,0063	0,0000
Västra Götaland	-0,0258	0,0014	0,0000
Norrbottnen	-0,1009	0,0029	0,0000
Konstant	1,3446	0,0358	0,000
Pseudo R2	0,1134		
Observationer	10 078		

### Kommentar kring resultatens robusthet

För att kontrollera hur robusta resultaten i dessa modeller är har olika känslighetsanalyser genomförts. De resultat som är konsistenta när de tre länen används separat är ålder, högutbildad, boende, disponibel inkomst och sysselsättning. Vistelsestid, härkomst och kön varierar lite mellan landstingen. Vistelsestid har bara en positiv samvariation om man jämför de med längst och kortast vistelsestid för Skåne.

För Norrbotten finns ingen signifikans. I Västra Götaland samvarierar både ”mellan 5 och 10 år” samt ”över 10 år” med högre kostnader. I Skåne är härkomst endast signifikant om man kommer från Sverige kontra övriga länder med lågt HDI, härkomst från Sverige samvarierar då med ökade kostnader. Härkomst har dock ingen signifikans i Norrbotten eller Västra Götaland. Kön har ingen signifikant skillnad i Norrbotten eller Skåne men män samvarierar med lägre kostnader i Västra Götaland.

När vi studerar robustheten i sannolikheten att besöka vården ser vi att för Skåne är sysselsättning signifikant och positiv. Disponibel inkomst tappar sin signifikanta samvariation. Gymnasial utbildning skiljer sig signifikant från låg utbildning, men sambandet är positivt. Varför sysselsättning blir signifikant och positiv kan bero på att även barn ingår i denna kategori och kan således påverka sannolikheten för besök uppåt. Om gruppen kommer från Sverige ser vi inte längre någon negativ samvariation med andel som besöker vården, således ser vi inte om dessa skiljer sig från individer som kommer från länder med låg HDI.

Jämfört med huvudregressionen så visar analysen på enbart Västra Götalandsregionen att sysselsättning har en negativ signifikant skillnad igen, detta kan bero på att här väger den lägre besöksfrekvensen hos förvärvsarbetande över den ökande besöksfrekvensen hos barn. I övrigt är resultaten samma som för huvudregressionen.

För Norrbotten ser vi en signifikant negativ samvariation mellan sannolikheten att besöka vården och sysselsättning. Högutbildade har här ingen signifikant skillnad medan vi ser en signifikant positiv skillnad i sannolikheten att besöka vården för de med gymnasial utbildning jämfört med gruppen som ej har gymnasial utbildning. Inte heller vistelsetid är signifikant. Härkomst från Sverige och härkomst från land med högt HDI minskar sannolikheten för besök i alla regressioner utom i regressionen där vi enbart använder datamaterial från Skåne. Övriga resultat, som den icke-linjära effekten från ålder, den negativa samvariationen mellan kön och besök i vården och ensamboende är konstanta.

## Analys av genomsnittligt antal vårdbesök per grupp i Dalarna

Utredningen har haft möjlighet att göra analyser på data som visar besök under år 2016 och fram till och med maj 2018 för olika grupper i Dalarna. Grupperingen från Dalarna används i en enkel linjär regression. Data över ålder och härkomst är på individnivå medan inkomst och utbildning utgår ifrån områden i de olika kommunerna. Vi har valt att i ett första steg enbart studera data på individnivå och därav kan vi studera variationer i datamaterialet med avseende på ålder och härkomst. Beroende variabel här är antal vårdbesök i respektive grupp. Antal vårdbesök definieras som totalt antal besök delat på antal invånare i gruppen.

I tabell 5 framgår resultat av regressionsanalys samt hur grupperna är indelade. Resultaten presenteras skriftligen i avsnitt 4.2, i betänkandet.

Tabell 5 Resultat av regressionsanalys för besök i Dalarna

Variabel	Koefficient	Standardavvikelse	Signifikansnivå
Härkomst			
Europa	-1,90	0,26	0,00
Okänd	-2,93	0,25	0,00
Norden	-1,41	0,26	0,00
Övriga länder	-2,11	0,26	0,00
Åldersgrupp			
0 år	3,84	0,39	0,00
1–5 år	2,07	0,32	0,00
6–18 år	-1,91	0,31	0,00
40–64 år	-0,18	0,32	0,56
65–74 år	1,38	0,31	0,00
75–85 år	2,94	0,31	0,00
85 eller äldre	2,36	0,32	0,00
Män	1,07	0,16	0,00
Konstant	5,92	0,27	0,00
R <sup>2</sup>	0,35		
Observationer	1076		



# Statens offentliga utredningar 2018

## Kronologisk förteckning

---

1. Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. Fi.
2. Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. Ju.
3. En strategisk agenda för internationalisering. U.
4. Framtidens biobank. S.
5. Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. S.
6. Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. Ju.
7. Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. Fö.
8. Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. M.
9. Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. U.
10. Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. Fi.
11. Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. U.
12. Uppdrag: Samverkan 2018. Många utmaningar återstår. A.
13. Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? Fi.
14. Bidragsbrott och underrättelseskylighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. Fi.
15. Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. M.
16. Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. N.
17. Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. U.
18. Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. Ku.
19. Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. U.
20. Gräsrotsfinansiering. Fi.
21. Flexibel rehabilitering. A.
22. Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. A.
23. Konstnär – oavsett villkor? Ku.
24. Tid för utveckling. A.
25. Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. Fi.
26. Några frågor i skyddslagstiftningen. Fö.
27. Ekonomiska sanktioner mot terrorism. UD.
28. En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. Ju.
29. Validering i högskolan – för tillgodoräkande och livslångt lärande. U.
30. Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. Ju.
31. En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. Fö.
32. Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. S.
33. Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. Ju.
34. Vägar till hållbara vattentjänster. M.
35. Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. N.
36. Rätt att forska. Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. U.
37. Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. S.

38. Styra och leda med tillit.  
Forskning och praktik. Fi.
39. God och nära vård.  
En primärvårdsreform. S.
40. Vissa fredspliktsfrågor. A.
41. Statliga skolmyndigheter.  
– för elever och barn i en bättre skola.  
U.
42. Tryggad tillgång till kontanter. Fi.
43. Statliga servicekontor  
– mer service på fler platser. Fi.
44. Möjligt, tillåtet och tillgängligt  
– förslag till enklare och flexibla  
upphandlingsregler och vissa regler  
om överprövningsmål. Fi.
45. Behandling av personuppgifter vid  
Myndigheten för arbetsmiljökunskap.  
A.
46. En utvecklad översiktsplanering.  
Del 1: Att underlätta efterföljande  
planering. Del 2: Kommunal reglering  
av upplåtelseformen. N.
47. Med tillit växer handlingsutrymmet.  
– tillitsbaserad styrning och ledning  
av välfärdssektorn. Fi.
48. En lärande tillsyn. Statlig granskning  
som bidrar till verksamhetsutveckling  
i vård, skola och omsorg. Fi.
49. F-skattesystemet  
– några särskilt utpekade frågor. Fi.
50. Ett oberoende public service för alla  
– nya möjligheter och ökat ansvar. Ku.
51. Resurseffektiv användning av  
byggmaterial. N.
52. Behandling av personuppgifter  
vid Myndigheten för vård-  
och omsorgsanalys. S.
53. Översyn av maskinell dos, extempore,  
prövningsläkemedel m.m. S.
54. En effektivare kommunal räddnings-  
tjänst. Ju.
55. Styrning och vårdkonsumtion  
ur ett jämlikhetsperspektiv.  
Kartläggning av socioekonomiska  
skillnader i vårdutnyttjande och  
utgångspunkter för bättre styrning. S.

# Statens offentliga utredningar 2018

## Systematisk förteckning

---

### Arbetsmarknadsdepartementet

- Uppdrag: Samverkan 2018.  
Många utmaningar återstår. [12]
- Flexibel rehabilitering. [21]
- Ett ordnat mottagande – gemensamt ansvar för snabb etablering eller återvändande. [22]
- Tid för utveckling. [24]
- Vissa fredspliktsfrågor. [40]
- Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för arbetsmiljökunskap. [45]

### Finansdepartementet

- Ett reklamlandskap i förändring – konsumentskydd och tillsyn i en digitaliserad värld. [1]
- Myndighetsgemensam indelning – samverkan på regional nivå. Volym 1. Myndighetsgemensam indelning – författningsändringar till följd av ny landstingsbeteckning. Volym 2. [10]
- Finansiering av infrastruktur med skatt eller avgift? [13]
- Bidragsbrott och underrättelseskyldighet vid felaktiga utbetalningar från välfärdssystemen – en utvärdering. [14]
- Gräsrotsfinansiering. [20]
- Juridik som stöd för förvaltningens digitalisering. [25]
- Styra och leda med tillit. Forskning och praktik. [38]
- Tryggad tillgång till kontanter. [42]
- Statliga servicekontor – mer service på fler platser. [43]
- Möjligt, tillåtet och tillgängligt – förslag till enklare och flexibla upphandlingsregler och vissa regler om överprövningsmål. [44]

- Med tillit växer handlingsutrymmet.  
– tillitsbaserad styrning och ledning av välfärdssektorn. [47]
- En lärande tillsyn. Statlig granskning som bidrar till verksamhetsutveckling i vård, skola och omsorg. [48]
- F-skattesystemet  
– några särskilt utpekade frågor. [49]

### Försvarsdepartementet

- Försvarsmaktens långsiktiga materielbehov. [7]
- Några frågor i skyddslagstiftningen. [26]
- En lag om operativt militärt stöd mellan Sverige och Finland. [31]

### Justitiedepartementet

- Stärkt straffrättsligt skydd för blåljusverksamhet och andra samhällsnyttiga funktioner. [2]
- Grovt upphovsrättsbrott och grovt varumärkesbrott. [6]
- En nationell alarmeringstjänst – för snabba, säkra och effektiva hjälpinsatser. [28]
- Förenklat förfarande vid vissa beslut om hemlig avlyssning. [30]
- Aggressionsbrottet och ändringar i Romstadgan. [33]
- En effektivare kommunal räddningstjänst. [54]

### Kulturdepartementet

- Statens stöd till trossamfund i ett mångreligiöst Sverige. [18]
- Konstnär – oavsett villkor? [23]
- Ett oberoende public service för alla – nya möjligheter och ökat ansvar. [50]

### **Miljö- och energidepartementet**

- Kunskapsläget på kärnavfallsområdet 2018. Beslut under osäkerhet. [8]
- Mindre aktörer i energilandskapet – genomgång av nuläget. [15]
- Vägar till hållbara vattentjänster. [34]

### **Näringsdepartementet**

- Vägen till självkörande fordon – introduktion. Del 1 + 2. [16]
- Ett gemensamt bostadsförsörjningsansvar. [35]
- En utvecklad översiktsplanering. Del 1: Att underlätta efterföljande planering. Del 2: Kommunal reglering av upplåtelseformen. [46]
- Resurseffektiv användning av byggmaterial. [51]

### **Socialdepartementet**

- Framtidens biobankar. [4]
- Vissa processuella frågor på socialförsäkringsområdet. [5]
- Ju förr desto bättre – vägar till en förebyggande socialtjänst. [32]
- Att bryta ett våldsamt beteende – återfallsförebyggande insatser för män som utsätter närstående för våld. [37]
- God och nära vård. En primärvårdsreform. [39]
- Behandling av personuppgifter vid Myndigheten för vård- och omsorgsanalys. [52]
- Översyn av maskinell dos, extempore, provningsläkemedel m.m. [53]
- Styrning och vårdkonsumtion ur ett jämlikhetsperspektiv. Kartläggning av socioekonomiska skillnader i vårdutnyttjande och utgångspunkter för bättre styrning. [55]

### **Utbildningsdepartementet**

- En strategisk agenda för internationalisering. [3]

- Ökad trygghet för studerande som blir sjuka. [9]
- Vårt gemensamma ansvar – för unga som varken arbetar eller studerar. [11]
- Med undervisningsskicklighet i centrum – ett ramverk för lärares och rektorers professionella utveckling. [17]
- Forska tillsammans – samverkan för lärande och förbättring. [19]
- Validering i högskolan – för tillgodoräknande och livslångt lärande. [29]
- Rätt att forska. Långsiktig reglering av forskningsdatabaser. [36]
- Statliga skolmyndigheter. – för elever och barn i en bättre skola. [41]

### **Utrikesdepartementet**

- Ekonomiska sanktioner mot terrorism. [27]